

Aus der Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie
der Universität Rostock

Direktorin: Frau Prof. Dr. med. G. Nöldge-Schomburg

Client-Professional-Gaps auf der Intensivstation: Weiß das Personal um
das Erleben der Patienten?

Eine prospektive Analyse mittels eines neu entwickelten Fragebogens.



Inauguraldissertation
zur
Erlangung des akademischen Grades
Doktor der Medizin
der Medizinischen Fakultät
der Universität Rostock

vorgelegt von

Friederike Enz, geb. 14.08.1978 in Bühl/ Baden

aus Rostock

eingereicht am 20.06.2014

verteidigt am 17.03.2015

Dekan: Prof. Dr. med. E.C. Reisinger

1. Gutachter: Prof. Dr. med. habil. Dierk Vagts /Krankenhaus Hetzelstift

2. Gutachter: Prof. Dr. med. Gernot Marx / Uniklinik Aachen

3. Gutachter: Prof. Dr. med. Uwe Walter / Universitätsklinikum Rostock

Für meine Eltern
und
in liebevollem Gedenken an meine Omi

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
2. Theoretische Grundlagen.....	4
2.1 Patientenerleben auf der Intensivstation.....	4
2.1.1 Intensive-Care-Unit-Syndrom (ICU-Syndrom) oder Delir.....	7
2.1.2 Posttraumatische Belastungsstörung.....	12
2.2 Qualität.....	17
2.2.1 Definitionen.....	17
2.2.2 Abgrenzungen von Struktur-, Prozess - und Ergebnisqualität.....	20
2.2.2.1 Ergebnisqualität in der Intensivmedizin.....	22
2.2.3 Besonderheiten bei der Beurteilung von Dienstleistungsqualität.....	24
2.3 Zufriedenheit.....	25
2.3.1 Das Modell der Erwartungsdiskrepanz.....	25
2.3.1.1 Das Confirmation-/Disconfirmation-Paradigma.....	26
2.3.2 Patientenzufriedenheit.....	29
2.3.2.1 Erwartungen.....	31
2.3.2.2 Patientenzufriedenheit und Erwartungen.....	32
2.3.2.3 Beeinflussungskriterien der Patientenzufriedenheit.....	33
2.3.2.4 Fehlerquellen bei Befragungen.....	35
2.4 Client-professional-gaps.....	37
2.4.1 Das GAP-Modell.....	37
3. Aufbau und Methodik.....	48
3.1 Fragebogenentwicklung.....	48
3.1.1 Personalfragebogen.....	54
3.2 Datenerhebung.....	54
3.2.1 Erhebungszeitraum.....	54
3.2.2 Patienten und Patientenbefragung.....	55
3.2.3 Klinische Daten	56
3.3 Methoden und Datenanalyse.....	57

4. Ergebnisse.....	63
4.1 Allgemeines.....	63
4.2 Patientenkollektiv.....	63
4.2.1 Patienten und Erwartungen.....	69
4.2.2 Patienten und Zufriedenheit.....	69
4.3 Personal.....	70
4.3.1 Personal und vermutete Patientenzufriedenheit.....	70
4.4 Client-professional-gaps.....	71
4.4.1 Zusammenfassende Beurteilung der client-professional-gaps.....	86
4.4.2 Der Einfluss der Behandlungsintensität auf die ermittelten client-professional-gaps.....	88
4.4.3 Der Einfluss des Berufes und der Berufserfahrung auf die Aussagen des Personals.....	89
4.4.4 Binäre Items und client-professional-gaps.....	89
4.4.5 Offene Fragen.....	91
4.4.5.1 Patientenaussagen.....	91
4.4.5.2 Personalaussagen.....	89
4.5 Ergebnisse der Kategorisierung.....	93
5. Diskussion.....	96
5.1 Diskussion der Methodik.....	96
5.1.1 Antworttendenzen.....	100
5.2 Diskussion der Ergebnisse.....	101
5.2.1 Zufriedenheit.....	101
5.2.2 Likert-Items mit client-professional-gaps.....	102
5.2.3 Binäre Items mit client-professional-gaps.....	107
5.2.4 Der Einfluss der Behandlungsintensität auf die ermittelten client-professional-gaps.....	110
6. Zusammenfassung.....	112
7. Thesen.....	114

8. Literatur.....	116
9. Anhang.....	126
9.1 Votum der Ethikkommission.....	I
9.2 Fragebogen.....	II
9.3 Lebenslauf.....	III
9.4 Selbständigkeitserklärung.....	IV
9.5 Danksagung.....	V
9.6 Publikationen.....	VI

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2-1: Confirmation-Disconfirmation-Paradigma.....	27
Abbildung 2-2: Das GAP-Modell.....	38

Diagrammverzeichnis

Diagramm 4-1: Geschlechterverteilung.....	64
Diagramm 4-2: Familienstand.....	65
Diagramm 4-3: Schulabschluss.....	65
Diagramm 4-4: Berufsstand.....	66
Diagramm 4-5: Medizinische Fachbereiche.....	66
Diagramm 4-6: Operationsindikation.....	67
Diagramm 4-7: "Ich konnte mich mitteilen und hatte meistens das Gefühl, verstanden zu werden".....	73
Diagramm 4-8: "Ich habe mich gut über meine Situation informiert gefühlt".....	74
Diagramm 4-9: "Das Personal hat meine Intimsphäre ausreichend beachtet".....	75
Diagramm 4-10: "Ich bin meistens freundlich behandelt worden".....	77
Diagramm 4-11: "Ich kann mir Dinge oder Umstände vorstellen, die mir den Aufenthalt erleichtert hätten".....	78
Diagramm 4-12: "Man hat mir Mut gemacht".....	79

Diagramm 4-13: "Es hat mich stark beschäftigt, ob ich im Alltag oder im Beruf zukünftig noch zurechtkomme"	80
Diagramm 4-14: "Ich hatte Vertrauen zum Personal und seinen Entscheidungen"	81
Diagramm 4-15: "Ich habe Dinge gesehen, die eigentlich nicht sein konnten"	82
Diagramm 4-16: "Ich hatte Angst oder Furcht"	83
Diagramm 4-17: "Ich war wütend, aggressiv oder verärgert"	84
.Diagramm 4-18: "Ich fühlte mich erschöpft, kraftlos, schlapp oder matt"	85

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2-1: Diagnostische Kriterien des Deliriums.....	10
Tabelle 3-1: Kommunikatorische Items.....	50
Tabelle 3-2: Intrapersonale Items.....	51
Tabelle 3-3: Somatische Items.....	51
Tabelle 3-4: Demographische und klinische Daten.....	56
Tabelle 4-1: Kardiale Vorerkrankungen.....	67
Tabelle 4-2: Pulmonale Vorerkrankungen.....	67
Tabelle 4-3: Sonstige Vorerkrankungen.....	68
Tabelle 4-4: Aktuelle Erkrankungen.....	68
Tabelle 4-5: Kommunikatorische Items mit cp-gaps.....	71
Tabelle 4-6: Intrapersonale Items mit cp-gaps.....	72
Tabelle 4-7: Somatisches Item mit cp-gap.....	72
Tabelle 4-8: Blind spots.....	86
Tabelle 4-9: Hyperattentions.....	87
Tabelle 4-10: Behandlungsintensität und cp-gaps.....	88
Tabelle 4-11: Binäre Items zu C 4.....	90
Tabelle 4-12: Binäre Items zu C 8.....	90
Tabelle 5-1: Items mit cp-gaps.....	103
Tabelle 5-2: Cp-gaps, die mit der Behandlungsintensität korrelieren.....	110

1 Einleitung

Lebensereignisse stellen oft einschneidende Veränderungen im bisherigen Alltag einer Person dar, die relativ abrupt, aber nicht kontinuierlich auftreten (Faltermaier 2005). Die Einweisung auf eine Intensivstation ist eine solch fundamentale Erfahrung. Dies bedeutet für den Betroffenen nicht nur aus seiner gewohnten Umgebung herausgerissen zu werden (Schreiner 2004), sondern auch getrennt zu sein von seinen Bezugspersonen. Häufig wissen die Betroffenen nicht, was geschehen ist und wo sie sich gerade befinden. "Nicht zu wissen, wo man ist und was passiert ist, das war von allem das Schlimmste", berichtete eine 25-jährige Patientin, die postoperativ nach einer Herzoperation noch intubiert und beatmet auf die Intensivstation verlegt wurde, über die Phase des Aufwachens bis hin zur Extubation (Schreiner 2004).

Wie erleben Patienten den Aufenthalt und die Behandlung auf der Intensivstation? Und welche Vorstellungen haben Pflegende und Ärzte von dem, was die Patienten bewegt, was sie empfinden und durchstehen?

Zwischen dem Empfinden der Patienten und den Vorstellungen von Pflegenden und Ärzten können kleinere oder größere Diskrepanzen bestehen. So werden Situationen von den Betreuenden oft anders interpretiert und bewertet, als der Patient selbst sie erlebt.

Diese Diskrepanzen werden auch als client-professional-gaps auf der Intensivstation bezeichnet:

" (...), und dann packt der in meine Kulturtasche, holt mein Parfüm da raus, macht den Deckel ab, sprüht mich an und sagt: fühlt man sich doch gleich besser. Und mir stand nach allem der Sinn, aber nicht, dass ich einparfümiert werden wollte, und das ist... (...)" (Besendorfer 2004).

Wo bestehen diese gaps, wodurch entstehen sie, und warum besteht die Notwendigkeit, sie zu ermitteln? Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde diese Frage erörtert und in der Diskussion Möglichkeiten aufgezeigt, die bestehenden gaps zu schließen. Um diesen Schritt gehen zu können,

musste jedoch ermittelt werden, wie es zur Entstehung derartiger gaps kommt. Hierbei spielt die Kenntnis der psychischen und physischen Auswirkungen eines Intensivaufenthaltes auf die betroffenen Patienten eine herausragende Rolle. Nur so kann von Seiten des Personals versucht werden, den Bedürfnissen der Patienten nachzukommen, um die Situation für zukünftige Intensivpatienten verbessern zu können.

Des Weiteren beschäftigt sich die vorliegende Arbeit mit dem Begriff Qualität sowie mit der Patientenzufriedenheit, zwei Dinge, die unweigerlich miteinander verbunden sind. Die Erwartungen der Patienten spielen hierbei eine maßgebliche Rolle.

Häufig definiertes primäres Therapieziel der Intensivtherapie ist das Überleben. Hieran wird in der Regel auch das Ergebnis einer intensivmedizinischen Behandlung beurteilt. Um im Alltag aber wieder weitgehend selbstständig zurechtkommen zu können und auch nach der Intensivtherapie einen annehmbaren Allgemeinzustand zu erlangen, spielt die (gesundheitsbezogene) Lebensqualität eine herausragende Rolle. Die Lebensqualität ehemaliger Intensivpatienten wird aber erst seit einigen Jahren strukturiert erfasst. Die Datenlage hierzu ist insgesamt noch sehr dünn.

In der heutigen Zeit, in der sich die Patienten größtenteils selbst aussuchen können, in welchem Krankenhaus sie sich behandeln lassen, ist es wichtig, die Patientenerwartungen zu erfüllen und somit die Patientenzufriedenheit zu steigern. Die Zufriedenheit der Patienten spiegelt wichtige zwischenmenschliche Aspekte einer medizinischen Behandlung wider (Wüthrich-Schneider 1999; Mirvis 1998). Ebenso ist die Patientenzufriedenheit auch als Bestandteil der Ergebnisqualität zu sehen und sollte als Maßstab zur Beurteilung dieser herangezogen werden (Donabedian 1988). Einerseits begünstigt sie den Heilungsverlauf, andererseits spielt sie eine wesentliche Rolle, wenn es um den Wettbewerb zwischen den Kliniken geht (Wüthrich-Schneider 1999).

Interessanterweise berichten Patienten ihren Angehörigen, Bekannten und Freunden etwa doppelt so häufig von negativen Ergebnissen während eines Krankenhausaufenthaltes denn von positiven (Homburg 1994).

2 Theoretische Grundlagen

Im folgenden Kapitel wird zum einen das Erleben der Patienten auf der Intensivstation beschrieben, zum anderen beschäftigt sich dieses Kapitel aber auch mit dem Begriff der Qualität, sowie mit der Patientenzufriedenheit, welche maßgeblich von der Qualität der medizinischen Versorgung abhängt. Schließlich wird das GAP-Modell der Dienstleistungsqualität vorgestellt und erläutert, da es als Grundlage für die vorliegende Untersuchung diene.

2.1 Patientenerleben auf der Intensivstation

Der Aufenthalt auf der Intensivstation stellt für die meisten Patienten sowohl physisch als auch psychisch eine besondere Form der Belastung dar (Hannich 2007; Novaes 1997). Stark beeinträchtigt durch ihre schwere Erkrankung, sei es durch Intubation oder aufgrund des eingeschränkten Bewusstseins, ist es ihnen oftmals nicht möglich, ihre Bedürfnisse und Wünsche, aber auch ihre Ängste und Sorgen zu äußern (Hannich 2007; Stein-Parbury 2000).

Zu dem lebensbedrohenden Zustand, in dem sich die Patienten ohnehin befinden, kommen im Rahmen der Intensivtherapie häufig weitere Belastungen hinzu. Reizüberflutung und Schlafentzug (Hannich 1993) durch die ständige Unruhe am Krankenbett, die aus der aufwendigen Betreuung und Versorgung der schwerstkranken Patienten, insbesondere auch im Nachbarbett resultieren, führen oftmals zu einer dadurch bedingten psychophysiologischen Erschöpfung (Robinson 1975).

Zudem können sowohl Reizüberflutung als auch Reizarmut Wahrnehmungsstörungen hervorrufen. Symptome hierbei sind unter anderem Unruhezustände, Aggressivität oder innerer Rückzug (Schara 2008). Wahrnehmungsstörungen führen zu Fehlinterpretationen der empfangenen Informationen (Nydahl 2008).

Auch die zeitliche Desorientierung, die aus dem Verlust des Tag-Nacht-Rhythmus hervorgeht, der bedingt ist durch eine ständige Beleuchtung im Krankenzimmer sowie häufig fehlende Orientierungshilfen wie Uhren und Kalender, ebenso wie der Verlust einer realistischen Körperwahrnehmung (Nydahl 1996) stellen für den Intensivpatienten ein großes psychisches Problem und eine enorme Belastung der Therapie dar (Schara 2008; Hannich 1993). Robinson (1975) beschrieb den Verlust des Orientierungsvermögens als eine der größten psychischen Belastungen während des Aufenthaltes auf der Intensivstation.

Durch die lebensnotwendige apparative Überwachung der Vitalfunktionen Schwerstkranker, sowie die häufig bestehende Notwendigkeit der invasiven Beatmung, kommt es zur Entstehung einer monotonen Geräuschkulisse, die dem Patienten keinerlei Möglichkeit bietet, sich über die bestehende Situation zu informieren. Zusätzlich können im Rahmen einer Notfallsituation Lärmspitzen auftreten, die lautem Straßenlärm entsprechen (70-85 dB) (Schrader 2001).

Ein weiteres großes Problem des Lärmpegels auf Intensivstationen stellt die Tatsache dar, dass die akustische Schmerzgrenze der Patienten häufig überschritten wird, was besonders unangenehm ist, da viele Patienten unter einer medikamentös bedingten Hyperakusis leiden (Hannich 2007). Zu den Medikamenten, die eine solche krankhafte Überempfindlichkeit auslösen können, zählen beispielsweise Acetylsalicylate, wie Acetylsalicylsäure, Aminoglykoside, wie Streptomycin und Schleifendiuretika, wie Furosemid und Torasemid.

Der Zustand der Lebensbedrohung löst bei vielen Patienten Ängste aus. Unter anderem werden Zukunftsängste bezüglich möglicher schwerwiegender Auswirkungen und Langzeitfolgen ausgelöst, wie sie vom Begründer der Intensivmedizin in Großbritannien, J.S. Robinson, bereits 1975 beschrieben wurden. Bei bestehendem Verdacht auf einen Hirntumor wurde bei ihm eine Angiographie durchgeführt, bei der es zu einem Zwischenfall kam, sodass Robinson tagelang auf seiner eigenen Intensivstation behandelt und auch beatmet werden musste. In dieser Zeit teilte ihm jedoch

niemand mit, dass sich der Tumorverdacht nicht bestätigt hatte. Gequält durch die Ungewissheit über seinen Zustand, verlor er schließlich seinen Lebenswillen. Hieraus wird deutlich, wie wichtig es ist, trotz des eingeschränkten Bewusstseins mit den Patienten zu kommunizieren und sie über ihre Situation zu informieren.

Nach Robinson J.S. (1975) gibt es eine Vielzahl weiterer Gegebenheiten, die bei Intensivpatienten Ängste auslösen.

Hierzu zählt beispielsweise, wenn über den „vermeintlich“ Bewusstlosen für ihn hörbar gesprochen wird. Ferner sollten Ärzte vermeiden, über andere schwerkranke Patienten und deren Zustand im Patientenzimmer zu sprechen, da häufig vom Kranken nicht unterschieden werden kann, ob die eigene Person oder ein Mitpatient gemeint ist.

So wird deutlich, wie wichtig es ist, am Patientenbett mit dem Patienten zu sprechen und nicht über ihn (Schara 2008; Schara 1981).

Kommunikationsverlust und Informationsmangel stellen die größte Belastung für Intensivpatienten dar (Geisler 2008).

Delir, posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und Depressionen (Saur 2004; Wehler 2004; Bohrer 2002) sowie kognitive Defizite in Form verminderter Aufmerksamkeit und mangelnder Konzentration (Wehler 2004) sind schwerwiegende Komplikationen mit möglichen Langzeitkonsequenzen, die bei den Betroffenen zu einer relevanten Reduktion der Lebensqualität nach dem Aufenthalt auf der Intensivstation führen können.

Zwei der genannten Komplikationen, das Delir und die posttraumatische Belastungsstörung, sollen im Folgenden genauer vorgestellt werden, da sie eine hohe Relevanz im Intensivbereich aufweisen. So wird die Häufigkeit von psychischen Belastungen, welche nach dem Aufenthalt auf der Intensivstation zu einer posttraumatischen Belastungsstörung führen, mit 14-20 % beschrieben (Linsteadt 2005).

Bei vielen Patienten kommt es zur Minderung des Selbstwertgefühls, bedingt durch die körperliche Versehrtheit (Hannich 1993; Hannich 1987).

2.1.1 Intensive-Care-Unit-Syndrom (ICU-Syndrom) oder Delir

Das Intensive-Care-Unit-Syndrom (ICU-Syndrom) ist eine reversible, psychotische und körperliche Störung, die durch Intensivbehandlung, Erkrankung, Behandlungskomplikationen oder durch das Absetzen von Medikamenten, sowie Drogen- und Alkoholentzug ausgelöst werden kann.

So wurden bereits im 2. Jahrhundert nach Christus Symptome bei Patienten beschrieben, die denen eines Deliriums glichen. Als Ursachen wurden Fieber und Vergiftungen genannt.

1912 beschrieb der Psychiater und Neurologe Karl Bonhoeffer Symptome eines Delirs als "akuten exogenen Reaktionstypus", 1961 prägte Wieck den Begriff des "Durchgangssyndroms" (zitiert nach Schmidtke 2013), welcher heute allerdings weitgehend obsolet ist. Der Begriff des Delirs leitet sich vom lateinischen "delirium" (lira: "Furche"; de-lira: "aus der Furche sein") ab, welches Lipowski 1990 als ein akutes, schweres, prinzipiell reversibles, organisch bedingtes Psychosyndrom mit Bewusstseinsstörung beschrieb, wobei das **Bewusstsein** definiert ist als "die Fähigkeit des Menschen, sich selbst und die Umgebung wahrzunehmen und mit ihr zu kommunizieren."

Quantitative Bewusstseinsstörungen betreffen die "Helligkeit des Bewusstseins", qualitative die Denkinhalte wie Orientierung (zeitlich, örtlich und zur Person), Antrieb und Affekt.

Ein Delir ist immer ein lebensbedrohlicher, akuter medizinischer Notfall, da es zur Trübung des Bewusstseins bis hin zum Koma kommen kann.

In diesem Zusammenhang besteht sowohl die Gefahr des Herzversagens und des Atemstillstandes, als auch die der metabolischen Entgleisung. Daher muss mit der Behandlung bereits nach der Diagnose eines deliranten Syndroms auch ohne Kenntnis der genauen Ätiologie begonnen werden. In Anbetracht dieser Tatsache ist es erschreckend, dass 2/3 aller Delirien übersehen und somit nicht behandelt werden (Nydahl 2011).

Definition und diagnostische Kriterien des Deliriums nach ICD-10 und DSM-IV-TR

Zur Klassifikation eines Delirs stehen **zwei Klassifikationssysteme** zur Verfügung. Zum einen die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD-10), zum anderen das Diagnostische und Statistische Manual psychischer Störungen (DSM-IV).

So ist nach **ICD-10** ein Delir "ein ätiologisch unspezifisches hirnnorganisches Syndrom, das charakterisiert ist durch gleichzeitig bestehende Störungen des Bewusstseins und der Aufmerksamkeit, der Wahrnehmung, des Denkens, des Gedächtnisses, der Psychomotorik, der Emotionalität und des Schlaf-Wach-Rhythmus. Die Dauer ist sehr unterschiedlich und der Schweregrad reicht von leicht bis zu schwer."

Die **Risikofaktoren** sind multifaktoriell, sodass keine generalisierte Aussage getroffen werden kann (Milisen 1998). Demnach wird zwischen vorbestehenden Risikofaktoren und Risikofaktoren anderer Genese unterschieden.

Zu den **vorbestehenden Risikofaktoren** zählen:

- Alkohol- und Nikotinabusus als **sichere** Risikofaktoren (Van Rompaey 2009)
- Alter unter fünf bzw. über 65 Jahren
- Hüft-Fraktur (Nydahl 2011)
- Schwerhörigkeit und Sehschwäche (Flinn 2009)
- bestehende Demenz
- Zentralknervöse Erkrankungen wie vaskuläre Erkrankungen, Blutungen, Tumore, Schädelhirntraumata, Epilepsie u. a.
- chronische Erkrankungen wie beispielsweise Diabetes mellitus Typ I und II, arterielle Hypertonie

- Nach van Rompaey (2009) spielen außerdem folgende Faktoren eine Rolle: mangelnder Besuch, Isolation (beispielsweise im Rahmen einer übertragbaren Infektion), fehlendes Tageslicht, Fixierung sowie die Verlegung auf eine andere Station.

Risikofaktoren anderer Genese und mögliche Ursachen sind außerdem:

- Schmerzen!
- Postoperativ; nach Narkose
- **Intensivbehandlung**
- **Medikamente**, z. B. Benzodiazepine
- Mangelernährung
- schwere Infektionen und Fieber
- **postoperativer Schlafentzug**
- große Operationen von langer Dauer (z. B. Herz-, Gefäßoperationen, deren Dauer mehr als fünf Stunden beträgt)
- schlechte Oxygenierung (erniedrigtes Hämoglobin, erniedrigte Sauerstoff-Parameter)
- Akute Stoffwechselentgleisungen, wie beispielsweise Hypo- und Hyperglykämie, Nierenversagen, Leberversagen und Azidose
- Hypoxie, Hyperkapnie

In der nachfolgenden Tabelle 2-1 werden die **diagnostischen Kriterien des Deliriums nach DSM-IV-TR** (Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen) dargestellt:

A.	Bewusstseinsstörung (d. h. reduzierte Klarheit der Umgebungswahrnehmung) mit eingeschränkter Fähigkeit, die Aufmerksamkeit zu richten, aufrecht zu erhalten oder zu verlagern.
B.	Veränderung kognitiver Funktionen (Störungen des Gedächtnisses, der Orientierung und Sprache) oder Entwicklung einer Wahrnehmungsstörung, die nicht besser durch eine bereits bestehende oder sich entwickelnde Demenz erklärt werden kann.
C.	Entwicklung des Störungsbildes innerhalb einer kurzen Zeitspanne (Stunden oder Tage) und Fluktuation der Symptomatik im Tagesverlauf.
D.	Verursachung des Störungsbildes durch einen medizinischen Krankheitsfaktor.

Zu den **Symptomen** zählen:

- akuter Beginn mit Tagesschwankungen
- kognitive Störungen, wie Störungen der Aufmerksamkeit und der Wahrnehmung
- Bewusstseinsstörungen, Verwirrung
- Erregungszustände (ängstliche), Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Aggressivität, Bettflucht, motorische Unruhe und Nesteln sind nicht obligatorisch, können aber durchaus vorhanden sein
- Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus
- Über- aber auch Unteraktivierung des sympathischen Nervensystems (Schwitzen, Tachykardie und Tremor)
- Unzusammenhängendes Denken mit zeitlicher und örtlicher Desorientierung, sowie intermittierende Störungen der Wachheit von Somnolenz bis hin zum Koma gehören zu den **obligatorischen Symptomen**

Der prozentuale Zusammenhang zwischen dem Auftreten eines Delirs und dem Vorhandensein bestimmter anderer Faktoren wird in der Literatur wie folgt beschrieben:

So sind laut deutscher Leitlinie 50 % der Patienten, die auf einer Intensivstation behandelt werden, betroffen, für beatmete Patienten werden sogar Werte von 80 % beschrieben (Nydahl 2011). Das Auftreten eines Delirs im Zusammenhang mit einer vorausgegangenen Hüftoperation beträgt circa 30 %, ebenso wie das Auftreten bei bestehender Demenz.

Um die extrem hohen Zahlen des Auftretens eines Delirs, vor allem im Zusammenhang mit der Intensivtherapie in Zukunft möglichst senken zu können, gilt es, einige wichtige Präventionsmaßnahmen zu berücksichtigen. Um den Patienten, beispielsweise nach großen Operationen mit langer Narkosezeit, im Koma oder im Rahmen eines Intensivaufenthaltes im Allgemeinen die Möglichkeit zur Reorientierung zu geben, ist es sehr wichtig, ihnen die Situation, in der sie sich gerade befinden zu erklären, wenn nötig auch mehrfach. Dazu bedarf es auch einer Uhr und im besten Fall eines Kalenders in Sichtweite, sowie bei Bedarf eines Hörgerätes oder einer Brille. Ebenso wichtig ist die frühe Mobilisation und Physiotherapie, sowie die Wiederherstellung der Autonomie der Patienten, beispielsweise bezüglich der Nahrungsaufnahme und der Ausscheidung. Auch die Aufrechterhaltung des Tag-Nacht-Rhythmus, eine suffiziente Analgesie und Oxygenierung, sowie der Ausgleich von Elektrolyt- und Stoffwechselentgleisungen ist relevant (Heymann 2010).

In der Praxis werden drei Formen des Delirs unterschieden:

Einerseits die **hyperaktive** Form, welche durch Unruhe, Desorientierung, Verkennungen und Halluzinationen gekennzeichnet ist, andererseits die **hypoaktive** Form, für die Schläfrigkeit, Desinteresse an Aktivitäten des täglichen Lebens und Zurückgezogenheit charakteristisch sind und zudem die **gemischte Form**, wobei sich das hyperaktive und das hypoaktive Delir abwechseln.

2.1.2 Posttraumatische Belastungsstörung

Im Folgenden werden verschiedene Definitionen der posttraumatischen Belastungsstörung, sowie Risikofaktoren, diagnostische Kriterien und Symptome aufgeführt.

Definition nach ICD-10 online (WHO-Version 2013; F 43.1)

Die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) entsteht als eine "verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde" (DIMDI 2012).

Hierzu zählen unter anderem:

- **lange Aufenthalte auf der Intensivstation**, beispielsweise nach
 - großen Operationen oder
 - schweren Unfällen
- Vergewaltigung, Entführung, Geiselnahme
- Naturkatastrophen und
- Kriegserfahrungen.

Definition nach Flatten (2013)

Die Posttraumatische Belastungsstörung ist eine mögliche Folgereaktion eines oder mehrerer traumatischer Ereignisse (wie z. B. Erleben von körperlicher und sexualisierter Gewalt, auch in der Kindheit [sogenannter sexueller Missbrauch], Vergewaltigung, gewalttätige Angriffe auf die eigene Person, Entführung, Geiselnahme, Terroranschlag, Krieg, Kriegsgefangenschaft, politische Haft, Folterung, Gefangenschaft in einem Konzentrationslager, Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen, Unfälle oder die Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit), die an der eigenen Person, aber auch an fremden Personen erlebt werden können. In vielen

Fällen kommt es zum Gefühl von Hilflosigkeit und durch das traumatische Erleben zu einer Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses.

Definition (Psycho-) Trauma nach Fischer und Riedesser (2009):

Ein (Psycho-) Trauma ist ein "vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt."

Die Inzidenz der Posttraumatischen Belastungsstörung nach Intensivtherapie beträgt mindestens 30 %, wobei sie sich sowohl mit zunehmender Dauer des Intensivaufenthaltes, als auch mit dem Auftreten von Komplikationen während der Therapie erhöht (Schelling 2006).

Allgemeine Risikofaktoren, welche zur Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) führen können, sind:

- zwanghafte oder asthenische Persönlichkeitszüge
- neurotische Erkrankungen in der Vorgeschichte, sowie psychische Probleme bereits prätraumatisch
- ausgeprägtes, lange andauerndes Trauma
- das Gefühl des „Sich Aufgebens“ (mental defeat)

Risikofaktoren, die nach Brewin (2000) die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung begünstigen, sind:

- eine psychiatrische Anamnese
- eine psychiatrische Familienanamnese, sowie
- die Anamnese von Kindheitstraumata

Für die posttraumatische Belastungsstörung gibt es nach **ICD-10 drei diagnostische Kriterien.**

Hierzu zählen:

- Einbrüche von Trauma-Material in den Alltag, sogenanntes intrusives Wiedererleben (z. B. durch Flashbacks)
- Vermeidungsverhalten (Avoidance)
- Übererregung (Hyperarousal)

Im Folgenden werden die **diagnostischen Kriterien für eine post-traumatische Belastungsstörung nach DSM-IV-TR 2003** (Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen) aufgeführt:

- A. Es war eine Konfrontation mit einem traumatischen Ereignis gegeben und zwar:
1. Konfrontation mit tatsächlichem oder drohendem Tod oder ernsthafter Verletzung oder Gefahr für eigene oder fremde körperliche Unversehrtheit (objektiv) und
 2. Reaktion: Intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen (subjektiv)
- B. Es kommt zum beharrlichen Wiedererleben des Ereignisses in Form von
1. Wiederkehrenden und eindringlichen belastenden Erinnerungen und/oder
 2. Wiederkehrenden belastenden Träumen und/oder
 3. Handeln oder Fühlen, als ob das Ereignis wiederkehrt

C. Anhaltendes Vermeidungsverhalten bzgl. traumaassoziierter Reize oder Abflachung der allgemeinen Reagibilität. Drei der sieben folgenden Kriterien sind erfüllt:

1. Bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen in Bezug auf das Trauma
2. Bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen wachrufen
3. Unfähigkeit, sich an einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern
4. Deutlich vermindertes Interesse oder Teilnahme an wichtigen Aktivitäten
5. Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen
6. Eingeschränkte Bandbreite des Affektes
7. Gefühl einer eingeschränkten Perspektive

D. Anhaltende Symptome erhöhter Erregung. Zwei der folgenden fünf Kriterien sind erfüllt:

1. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen
2. Reizbarkeit oder Wutausbrüche
3. Konzentrationsschwierigkeiten
4. Hypervigilanz (extreme Wachsamkeit)
5. Übertriebene Schreckreaktionen

E. Das Störungsbild dauert länger als einen Monat.

F. Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Das **syndromale Störungsbild** ist geprägt durch:

- sich aufdrängende, belastende Gedanken und Erinnerungen an das Trauma (Intrusionen, Bilder, Albträume, Flashbacks) oder Erinnerungslücken (partielle Amnesie)
- Übererregungssymptome (Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, vermehrte Reizbarkeit, Affektintoleranz, Konzentrationsstörungen)
- Vermeidungsverhalten (Vermeidung traumaassoziierter Stimuli)
- emotionale Taubheit (allgemeiner Rückzug, Interessensverlust, innere Teilnahmslosigkeit)
- im Kindesalter teilweise veränderte Symptomausprägungen (z. B. wiederholtes Durchspielen des traumatischen Erlebens, Verhaltensauffälligkeiten, z. T. aggressive Verhaltensmuster).

Die Symptomatik kann unmittelbar oder auch mit (z. T. mehrjähriger) Verzögerung nach dem traumatischen Geschehen auftreten (late-onset PTBS) (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Forschungsgesellschaften AWMF online, 18.10.2010)

- Suizidgedanken
- Angst
- Depression

2.2 Qualität

2.2.1 Definitionen

Der Begriff "Qualität" wird- abhängig vom untersuchten Gebiet- in der Literatur sehr unterschiedlich definiert.

Nach dem amerikanischen Wissenschaftler Avedis Donabedian (1968) beispielsweise folgendermaßen:

"Die Qualität ist der Umfang des Erfolges, der unter optimalen Verhältnissen und vertretbaren Kosten tatsächlich zu erreichen ist", wobei er seine Überlegungen zur Qualität im selben Jahr auf den Bereich der Pflege ausweitete:

"Qualität ist der Grad der Übereinstimmung zwischen den Zielen des Gesundheitswesens und der wirklich geleisteten Pflege" (zitiert nach Vitt 2002).

Nach Gerteis et al. (1993) gibt es aus Patientensicht folgende Qualitätsdimensionen: Zugang zur Versorgung, Rücksicht auf individuelle Werte und Präferenzen/respektvolle Behandlung, Koordination der Behandlung, Information/Kommunikation/Anleitung, leibliches Wohlbefinden, emotionale Zuwendung und Unterstützung, Einbeziehen von Familie und Freunden sowie Kontinuität der Versorgung.

1978 formulierte Williamson Qualität im medizinischen Bereich hinsichtlich ihrer Effizienz. Demnach ist Qualität "der Grad des erreichten Erfolges in der Pflege, der mit verantwortlichem Gebrauch von Mitteln und Leistungen erreicht wird." (zitiert nach Vitt 2002).

Auch das Deutsche Institut für Normung hat nach DIN EN ISO 8402 eine Definition von Qualität herausgebracht. Demzufolge ist Qualität „die Gesamtheit von Merkmalen einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen.“

Einheiten sind dabei Produkte, Dienstleistungen, Arbeitsabläufe, Verfahren und Prozesse.

In Anlehnung an diese Definition wird die Qualität der medizinischen Versorgung als Gesamtheit der Merkmale eines Prozesses oder eines Objektes hinsichtlich der Eignung, vorgegebene Erfordernisse im Sinne des Patienten und unter Berücksichtigung des aktuellen Kenntnisstandes der Medizin zu erfüllen verstanden (in Anlehnung an ISO Norm 8402, zitiert nach Wüthrich Schneider 1999).

Heute wird eine erweiterte Definition nach DIN EN ISO 9000:2005 verwendet, die Qualität als

„Vermögen einer Gesamtheit inhärenter Merkmale eines Produkts, eines Systems oder eines Prozesses zur Erfüllung von Forderungen von Kunden und anderen interessierten Parteien“ beschreibt.

Diese Definition ist auch auf Dienstleistungen, wie sie die aktuelle Untersuchung betreffen, anwendbar.

Nach Auffassung von David A. Garvin (1984) kann bei der praktischen Anwendung des Begriffs "Qualität" zwischen fünf verschiedenen Sichtweisen unterschieden werden:

1. Absoluter Qualitätsbegriff (transzendentes Qualitätsverständnis):

Dieser entspricht weitgehend dem umgangssprachlichen Verständnis von Qualität, welche dabei weder gemessen noch konkret dargestellt oder definiert werden kann.

2. Produktorientierter Qualitätsbegriff (produktbezogenes Qualitätsverständnis):

dies besagt, dass sich beim Zugrundelegen der produktbezogenen Sichtweise der Betrachtung von Qualität sich selbige aus der Erfüllung allgemein festgelegter Anforderungen ergibt. Produktbezogene Anforderungen sind nicht uneingeschränkt sinnvoll.

3. Kundenorientierter Qualitätsbegriff (kundenbezogenes

Qualitätsverständnis):

dies entspricht der Qualitätsdefinition nach DIN EN ISO 9000: 2005 und impliziert, dass ein Produkt exakt nach den Kundenanforderungen umgesetzt wurde. Fehlt ein vom Kunden gewünschtes Merkmal, so wirkt sich dies negativ auf die Qualität des Produktes aus. Wird das Produkt jedoch mit weiteren Merkmalen ausgestattet, können diese seine Qualität dennoch nicht steigern, da sie vom Kunden nicht ausdrücklich gewünscht wurden und somit für ihn keinen Wert haben.

4. Wertorientiertes Qualitätsverständnis:

hier liegt ein Qualitätsprodukt dann vor, wenn es eine gute Kosten-Nutzen-Relation aufweist.

5. Fertigungsbezogenes Qualitätsverständnis:

hierbei soll es zur Erfüllung von Normen kommen; der Kunde (Patient) hat eine bestimmte Vorstellung, die (allerdings) nicht aus Tatsachenerfahrungen heraus entstanden ist.

Die Bedeutung von Qualität in Unternehmen kam bereits in den 50er Jahren zur Sprache, wobei die Wichtigkeit von Qualität im Dienstleistungsbereich erst später erkannt wurde. So handelt es sich bei Krankenhausleistungen um komplexe Dienstleistungen. Brüggink (1999) definierte Dienstleistungsqualität wie folgt:

„Dienstleistungsqualität ist die Fähigkeit eines Anbieters, die Beschaffenheit einer primär intangiblen und der Kundenbeteiligung bedürftigen Leistung aufgrund von Kundenerwartungen auf einem bestimmten Anforderungsniveau zu erstellen.“

Hieraus wird deutlich, dass Dienstleistungsqualität nicht ausschließlich von der Leistung abhängt. Denn auch bei konstanter Leistung kann sich die Beurteilung der Dienstleistungsqualität ändern, nämlich dann, wenn sich die Kundenerwartungen (hier: Patientenerwartungen) ändern.

Um die Qualität der klinischen Krankenversorgung ermitteln zu können, muss man wissen, wie diese auf die Patienten wirkt und ob sie ihren Bedürfnissen und Vorstellungen überhaupt gerecht wird. Die Qualität der klinischen Krankenversorgung hängt maßgeblich ab vom betreuenden Personal, sowie den äußeren Einflüssen auf dessen Tätigkeiten. Als vorrangige Maßstäbe für ein gutes Qualitätsmanagement sind vor allem die Patientensicherheit und –zufriedenheit zu sehen, aber auch die Zufriedenheit des Personals, das diese Patienten versorgt (Satzinger 2002).

Seit 01. Januar 2004 sind sowohl niedergelassene Ärzte als auch Kliniken nach § 135a SGB V zur Einführung eines Qualitätsmanagement-Systems verpflichtet. Der Druck und die Kontrollen steigen stetig.

2.2.2 Abgrenzung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Das Konzept des amerikanischen Wissenschaftlers Avedis Donabedian (1982, 1968) der Unterscheidung zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität hat internationale Anerkennung erlangt.

Donabedian war einer der Ersten, die versuchten, Qualitätsparameter für das Gesundheitssystem zu beschreiben. Hierzu unterteilte er den Qualitätsbegriff in die oben genannten Kategorien, da sich Qualität und Qualitätssicherung seiner Meinung nach aus diesen drei Einzelbausteinen zusammensetzt, die der Beurteilung des Ganzen dienen und sich gegenseitig bedingen.

Die Unterteilung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität wurde im wesentlichen vom Deutschen Ärztetag 1993 übernommen und in Form von Leitlinien beschlossen. 1998 wurde deren Gültigkeit erneut bekräftigt.

Die drei genannten Kategorien werden im Folgenden dargestellt und erläutert.

Im Rahmen der **Strukturqualität** geht es sowohl um die Beurteilung der räumlichen und materiellen Voraussetzungen einer (medizinischen) Einrichtung (Infrastruktur, Apparate, Instrumente, Medikamente), als auch um die Ausbildung und Qualifikation des ärztlichen und pflegerischen

Personals sowie die finanziellen Rahmenbedingungen. Es wird davon ausgegangen, dass die Qualität des eingesetzten Materials (qualifiziertes Personal, hochwertige technische Ausstattung, bauliche Aspekte, wie zum Beispiel das Vorhandensein eines Fahrstuhls und gute Organisation) in direktem Zusammenhang steht mit der Qualität der medizinischen Versorgung.

Unter dem Begriff der **Prozessqualität** werden diagnostische, therapeutische und pflegerische Maßnahmen verstanden, die sich aus dem Vergleich der Ist-Situation mit den Soll-Kriterien, gemessen an den entsprechenden Normen, ergeben.

Die Prozessqualität entspricht demnach der Qualität des Behandlungsprozesses und beschäftigt sich damit, inwieweit die personellen und materiellen Ressourcen ihrer Indikation entsprechend und individuengerecht bei jedem einzelnen Patienten eingesetzt werden. Dabei wird berücksichtigt, inwieweit Über- und Unterversorgung vermieden werden können, sodass aus dem prozessorientierten Ansatz mehr und mehr ein Vorgang zur Problemlösung wurde, dessen wichtigster Schritt die Feststellung von Qualitätsproblemen ist. Im nachfolgenden Schritt werden dann Möglichkeiten zur Behandlung und im besten Fall zur Lösung dieses Problems erarbeitet (Homburg 2012; Görres 1999).

Die **Ergebnisqualität** gilt als ausschlaggebend zur Beurteilung von Dienstleistungen (z. B. medizinischen Leistungen) sowie zum Qualitätsnachweis. Allerdings kann sie erst nach Beendigung der entsprechenden Dienstleistung ermittelt werden. Nach Donabedian (1988) bezieht sich Ergebnisqualität auf Veränderungen des Gesundheitszustandes der Patienten (z. B. momentanes Befinden, Heilung, Behandlungskomplikationen). Durch das Feedback bezüglich der Qualität der erbrachten Leistung erhalten die Mitarbeiter (Pflegepersonal und Ärzte) einen Einblick in die subjektiven Eindrücke, Erlebnisse und Erfahrungen ihrer Patienten. Ebenso wichtig sei es zu erfahren, so Donabedian, wie wohl sich die Patienten im Krankenhaus gefühlt haben, ob sie Vertrauen zum behandelnden Arzt hatten und wie sie in und mit der ungewohnten Umgebung

zurechtgekommen seien (Wüthrich-Schneider 1999). Positive Resonanz bringt Motivation und Bestätigung für die Mitarbeiter mit sich, negative soll dazu führen, das eigene Verhalten zu überdenken und verbessern. Von großer Bedeutung hierbei ist auch die Reaktion auf angebrachte Kritik, sowie auf Beschwerden. Die Interaktivität zwischen den Kunden, in dem Fall den Patienten, kann nicht nur die Prozess- sondern auch die Ergebnisqualität nachhaltig beeinflussen. Die ständige Qualitätskontrolle ist in jeder Phase der Qualitätsbildung unumgänglich. Sie erfolgt mittels einer spezifischen Messung. Aus den Ergebnissen der jeweiligen Messungen erhält man die Resonanz auf die erbrachte Dienstleistung mit der Möglichkeit, diese bei Bedarf zu verbessern beziehungsweise anzupassen.

2.2.2.1 Ergebnisqualität in der Intensivmedizin

Das Ergebnis medizinischer Versorgung wird gemessen an der Verbesserung beziehungsweise Veränderung des Gesundheitszustandes der Patienten. Die Effizienz einer Intensivtherapie kann letztlich nur am "Outcome" und damit als Ergebnisqualität gemessen werden (Van Aken 2007).

Das "Outcome" kann jedoch sehr unterschiedlich definiert werden und lässt sich somit an verschiedenen Parametern messen. Hierzu zählen beispielsweise die Letalität am Ende der Intensivbehandlung, die Morbidität, bedingt durch mögliche entstandene Komplikationen, sowie die Beeinträchtigung der Lebensqualität. Problemlos messbar ist von diesen Parametern allerdings nur die Letalität, sodass zur Klassifizierung und Quantifizierung der Prozess- und Ergebnisqualität sogenannte Scoringssysteme zu Hilfe genommen werden.

Im Rahmen der vorliegenden Fragebogenerhebung wurden anhand der klinischen Daten der "SAPS-II-Score" sowie der "TISS-28-Score" erhoben. Der **"SAPS-II"**- oder "New Simplified Acute Physiology Score" dient der Bewertung der Krankenhausmortalität. Die Auswahl der Score-Kriterien beruht auf einer statistischen Basis, nicht auf der subjektiven Auswahl von

Parametern, die aufgrund der empirisch-klinischen Erfahrungen von Experten getroffen wurde.

Das „Therapeutic Intervention Scoring System“ (**TISS**) wurde 1974 von Cullen et al. entwickelt, um den Schweregrad der Erkrankung von Intensivpatienten und den pflegerischen Aufwand aufgrund therapeutischer und diagnostischer Maßnahmen täglich bewerten zu können. Der TISS-28 ist ein Interventions-Score. Im Laufe der Zeit wurde das System mehrfach modifiziert und schließlich 1996 von den ursprünglichen 76 zu bewertenden Maßnahmen auf 28 reduziert (daher TISS-28). Hierzu zählen unter anderem Basismaßnahmen wie Monitoring, Labor, Verbandswechsel und Weitere.

Aufgrund der Intensivmedizin gibt es heutzutage selbst für schwerstkranke und schwerverletzte Patienten die Chance zu überleben. Jedoch bestehen auch Zweifel bezüglich der Ergebnisqualität intensivmedizinischer Maßnahmen, wobei dieser Begriff deutlich mehr beinhaltet, als das "nackte" Überleben. So spielt beispielsweise die gesundheitsbezogene Lebensqualität ehemaliger Intensivpatienten eine entscheidende Rolle. Sie wird von vielerlei Faktoren beeinflusst, wobei die Grunderkrankung eine ausschlaggebende Rolle spielt. In der Literatur liegt der Prozentsatz an Patienten, die nach einem Aufenthalt auf der Intensivstation mit einer erheblichen Einschränkung ihrer Lebensqualität zurechtkommen müssen, zwischen 16 und 20 % (Schelling 2008). Als relevanter Faktor zur Beurteilung der Lebensqualität nach Intensivtherapie, wird die gesundheitsbezogene Lebensqualität vor dem Intensivaufenthalt gesehen, wobei Patienten mit vorbestehend guter Lebensqualität häufiger über eine Verschlechterung berichten, als Patienten mit vorbestehend schlechter Lebensqualität (Schelling 2008).

Somit stellt die (gesundheitsbezogene) Lebensqualität einen weiteren wichtigen Parameter dar, der als klinischer Endpunkt zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der Intensivmedizin zunehmend an Bedeutung gewinnt (Graf 2003).

2.2.3 Besonderheiten bei der Beurteilung von Dienstleistungsqualität

Dienstleistungsqualität (Servicequalität) ist für Kunden deutlich schwerer zu beurteilen als die Qualität von Waren. Dies trifft auch für Patienten zu, wenn es darum geht, Gesundheitsleistungen zu beurteilen, da die Beurteilung medizinischer Leistungen komplexer und komplizierter ist als die Beurteilung von Warenqualität (Zeithaml 1992). Dies hängt unter anderem damit zusammen, dass Kunden und Patienten Servicequalität nicht nur anhand des Ergebnisses einer Dienstleistung bewerten, sondern auch nach dem "Wie" der Erbringung.

Es gibt drei charakteristische Unterschiede zwischen der Beurteilung von Dienstleistungen und der Beurteilung von Waren:

Da es sich bei Dienstleistungen erstens nicht um materielle Güter handelt, können in den seltensten Fällen Herstellergarantien für sie gegeben werden (Zeithaml 1992). Zweitens sind Dienstleistungen heterogen (Zeithaml 1992). Ihre Ausführung variiert nicht nur von Anbieter zu Anbieter, sondern von Tag zu Tag und schließlich auch von Kunde zu Kunde. Demnach ist es schwer möglich, die Qualität der gegenseitigen Beziehung zu standardisieren, wie es bei der Qualität von Waren möglich ist. Drittens sind Produktion und Konsum vieler Dienstleistungen untrennbar (Zeithaml 1992). Durch die Beziehung zwischen Kunde und Dienstleister, die sich während einer Serviceleistung entwickelt, entsteht oft auch die vom Kunden empfundene Qualität der erfahrenen Dienstleistung. Eine weitere Besonderheit bei der Beurteilung von Dienstleistungsqualität ist die Tatsache, dass nur Kriterien, die von den Kunden selbst zur Beurteilung angewendet werden, relevant sind.

2.3 Zufriedenheit

Bei dem Begriff "Zufriedenheit" handelt es sich um ein theoretisches Konstrukt, wobei theoretische oder hypothetische Konstrukte durch abstrakte Inhalte gekennzeichnet sind, "bei denen sich nicht unmittelbar entscheiden lässt, ob der gemeinte Inhalt in der Realität vorliegt oder nicht" (Backhaus 2011). Somit entzieht sich Zufriedenheit der direkten Beobachtung (Schmidt 2003).

Kundenzufriedenheit mit Dienstleistungen wird hauptsächlich durch die Art der zu beurteilenden Dienstleistung, des Versorgungsprogramms oder der (ärztlichen) Behandlung bestimmt. Hierbei wird die emotionale Reaktion der Kunden/Patienten auf eine Dienstleistung oder den Dienstleister gemessen (Applebaum 2004). Somit kann Zufriedenheit als das Ergebnis eines komplexen psychischen Prozesses verstanden werden.

2.3.1. Das Modell der Erwartungsdiskrepanz

Nach dem "Modell der Erwartungsdiskrepanz" (Applebaum 2004; Rust 1994; Yi 1990) ergibt sich Zufriedenheit aus:

- 1) einer kognitiven Einschätzung der empfangenen Leistung oder der Qualität verschiedener Merkmale der Leistung, verglichen mit den Erwartungen an diese Merkmale
- 2) einer spontanen Reaktion auf diese Beurteilung

Dieses Modell basiert auf einer einzigen Reaktion oder Erfahrung unmittelbar nach Erhalt des Produkts. Es wurde aber so erweitert, dass auch eine langfristige Kundenbeurteilung von Leistungen möglich ist (Anderson 1994).

2.3.1.1 Das Confirmation-/Disconfirmation-Paradigma

Der Abgleich von Soll- und Ist-Leistung als Grundlage für ein Leistungsurteil wird bereits seit den 1970er Jahren diskutiert (Richter 2005). Auf dieser Basis entstand somit auch das von Oliver (1996; 1980; 1977) im Bereich der Kundenzufriedenheitsforschung entwickelte Confirmation-/ Disconfirmation-Paradigma (C-/D-Paradigma). Dieser Ansatz ist in der Kundenzufriedenheitsforschung weit verbreitet und hat in Theorie und Praxis eine große Bedeutung erlangt. Es wird davon ausgegangen, dass dieser Ansatz auch auf die Erfassung von Patientenzufriedenheit übertragbar ist. Kundenzufriedenheit entsteht aus dem Vergleich der tatsächlichen Erfahrung bei der Inanspruchnahme einer Leistung (Ist-Leistung) mit einem bestimmten Vergleichsstandard des Kunden (Soll-Leistung) (Homburg 2012). Folglich ist ein Kunde/Patient dann zufrieden, wenn seine Erwartungen an eine Leistung nach seinen Vorstellungen erfüllt werden. Das ist dann der Fall, wenn der Ist-Zustand dem Soll-Zustand entspricht. Hierbei wird von Bestätigung (Konfirmation) gesprochen. Das Ausmaß der Zufriedenheit, das bei exakter Übereinstimmung der wahrgenommenen Leistung mit dem Vergleichsstandard vorliegt, wird als "Konfirmationsniveau der Zufriedenheit" bezeichnet (Homburg 2012). Werden die Erwartungen übertroffen, ist der Kunde/Patient begeistert, was man als "positive Diskonfirmation" bezeichnet. Das Zufriedenheitsniveau des Kunden/Patienten liegt demnach über dem Konfirmationsniveau. Befindet sich die Ist-Leistung jedoch unter der Soll-Leistung, so führt dies zur Enttäuschung des Kunden/Patienten und er befindet sich im Zustand der "negativen Diskonfirmation". Das Zufriedenheitsniveau befindet sich hierbei unterhalb des Konfirmationsniveaus (Homburg 2012).

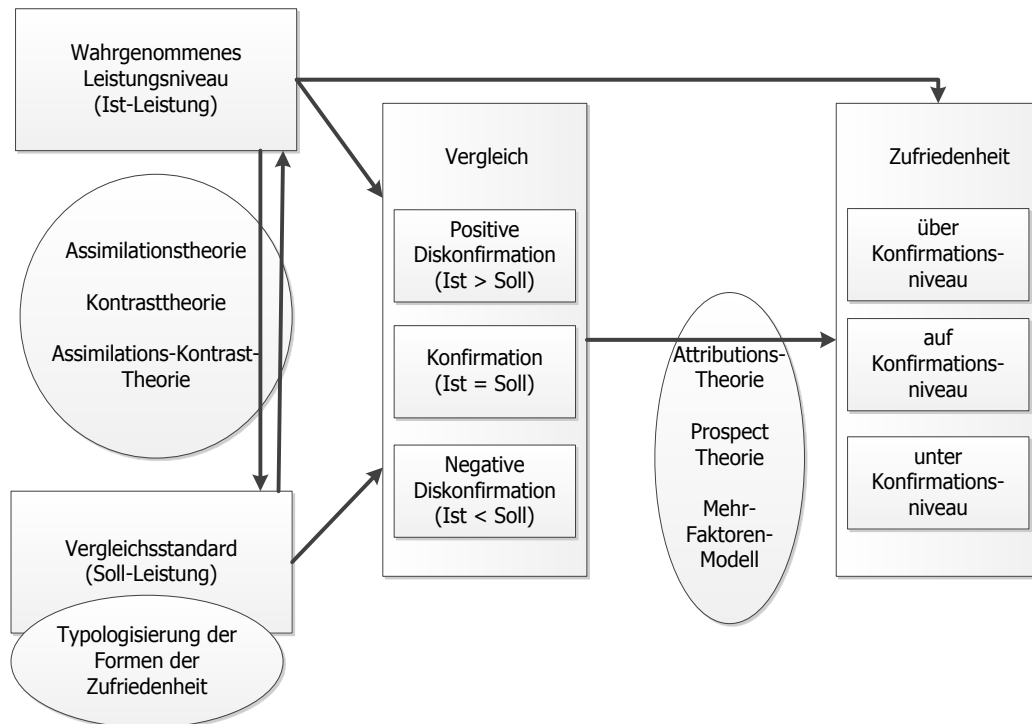


Abbildung 2-1: **Confirmation-/Disconfirmation-Paradigma**

Neben dem oben erläuterten Vergleichsprozess hat nach gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen auch das wahrgenommene Leistungsniveau selbst einen direkten Einfluss auf die Kundenzufriedenheit (Homburg 2012; Ergebnisse Meta-Analyse Szymanski 2001). Demnach beeinflusst die wahrgenommene Leistung die Kundenzufriedenheit in doppelter Hinsicht: zum einen auf direktem Wege über das (wahrgenommene) Leistungsniveau und zum anderen indirekt über den Soll-/Ist-Vergleichsprozess.

Nachfolgend sollen die vier grundlegenden Komponenten des Confirmation-/Disconfirmation-Paradigmas kurz dargestellt und erläutert werden. Hierzu gehören:

- der Vergleichsstandard (Soll-Komponente)
- die wahrgenommene Leistung (Ist-Komponente)
- der Vergleich (Konfirmation bzw. Diskonfirmation) sowie
- die Zufriedenheit.

Der **Vergleichsstandard**, der auch als Soll-Leistung bezeichnet wird, spiegelt das Erwartungsniveau des Kunden bezüglich einer Leistung wider (Homburg 2012).

Als Vergleichsstandard sind in der Literatur vor allem die folgenden drei Größen von Bedeutung:

- Erwartungen
- Erfahrungsnormen
- Ideale

Erwartungen beziehen sich auf ein antizipiertes Leistungsniveau (Homburg 2012; Herrmann 1999; Stauss 1999), während **Erfahrungsnormen** auf Erfahrungen aufbauen, die Kunden mit gleichen oder ähnlichen Produkten gemacht haben (Homburg 2012).

Zieht ein Kunde **Ideale** als Vergleichsstandard heran, so bezieht er sich auf das bestmögliche Leistungsniveau als Referenz.

Um zu einem Zufriedenheitsurteil zu gelangen, kann ein Kunde auch mehrere Standards zugrunde legen (Homburg 2012).

Unter der Ist-Komponente wird die **wahrgenommene Leistung** eines Produkts oder einer Dienstleistung verstanden. Hierbei wird zwischen objektiver und subjektiver Leistung unterschieden, wobei die subjektive Leistung der wahrgenommenen Leistung entspricht (Tse 1988).

Die objektive Leistung ist für alle Kunden gleich, die subjektive variiert, bedingt durch verschiedene Wahrnehmungseffekte. Folglich gibt es für ein Objekt mehrere wahrgenommene Leistungsniveaus (Homburg 2012).

Der **Vergleich** stellt die zentrale intervenierende Variable zwischen der Soll- bzw. Ist-Komponente und dem Zufriedenheitsurteil dar (Homburg 2012; Churchill 1982).

Hierbei steht das Verhältnis zwischen der Ist- und der Soll-Leistung im Vordergrund, wobei es, wie oben bereits beschrieben, drei mögliche Konstellationen gibt: positive Diskonfirmation, Konfirmation und negative Diskonfirmation.

Die **Zufriedenheit** wird häufig als Ergebnis eines kognitiven Vergleichs definiert (Westbrook 1991). Mittlerweile wird jedoch neben der kognitiven Komponente auch eine affektive in die Definition einbezogen (Wirtz 1999). Die Auswirkung der emotionalen Verfassung des Kunden auf die Kundenzufriedenheit konnte in zahlreichen Studien nachgewiesen werden, was von eklatanter Bedeutung für die Patientenzufriedenheit, vor allem auch auf der Intensivstation ist.

2.3.2 Patientenzufriedenheit

Seit den 50er Jahren spielt Patientenzufriedenheit bei der und für die Bewertung medizinischer Versorgung eine wichtige Rolle und wird mehr und mehr zu einem relevanten Erfolgsfaktor für die Kliniken. Auch nach Leimkühler und Müller (1996) ist die subjektive Bewertung durch den Patienten als Qualitätskriterium von wachsender Bedeutung. Schließlich entscheiden in erster Linie die Patienten mit der Wahl der Klinik, in der sie sich behandeln lassen, über deren Erfolg. Maßgeblich beteiligt an ihrer Entscheidung sind eigene Erfahrungen aus früheren Klinikaufenthalten, aber auch die Erfahrungen anderer Patienten (DAK Studie 1996). 1993 wurde mit dem Gesundheitsstrukturgesetz eine gesetzliche Regelung zur Qualitätssicherung eingeführt, sodass es zu einem Konkurrenzkampf zwischen den Kliniken kam und auch dem Patienten eine neue Rolle zuteil wurde. Er verließ seine passive Position und wandelte sich zum "kritischen Konsumenten" (Jacob 2000).

In vielen Studien wird Patientenzufriedenheit als Teil der Ergebnisqualität beziehungsweise als "Outcome Indikator" medizinischer Dienstleistungen beschrieben, so Schmidt et al. 2003. Zudem wird angenommen, dass die Compliance der Patienten mit der Patientenzufriedenheit korreliert (Speedling 1985) und somit eine höhere Patientenzufriedenheit auch zu einer besseren Compliance führen kann (Blum 1996).

Panchaud et al. (1999) definieren die Patientenzufriedenheit wie folgt:
"Des Patienten eigene Beurteilung (subjektiv oder objektiv) aller Aspekte einer medizinischen Versorgung, beinhaltend auch die zwischenmenschlichen Gesichtspunkte einer Behandlung und deren organisatorischer Ablauf."

Die Patientenzufriedenheit gilt als Kriterium für die Güte der Patientenversorgung in der individuellen Wahrnehmung des Patienten, welche im Allgemeinen mit Hilfe von Patientenbefragungen erhoben wird. Zufriedenheit der Patienten wird in mehrerlei Hinblick untersucht:

- Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung
- Komfortmerkmale wie Sauberkeit, Freundlichkeit des Personals, Wartezeiten, Ausmaß und Verständlichkeit der erhaltenen Information, Qualität des Essens (Wirtschaftslexikon24.net, 24.10.2010)

Der Begriff "Patientenzufriedenheit" leitet sich vom Konzept der Kundenzufriedenheit ab, der in der Konsumentenbewegung Verwendung findet (Lingenfelder 1991). Man geht davon aus, dass die Patienten, ähnlich wie auch die Kunden in der freien Wirtschaft, bestimmte Vorstellungen von gewünschten Merkmalen einer medizinischen Behandlung haben und diese dann mit der erfahrenen Behandlung vergleichen. Anschließend kann dann mittels Zufriedenheitsmessung ermittelt werden, in wieweit sich die Vorstellungen der Patienten mit der erfahrenen Behandlung gedeckt haben. Verschiedentlich wurde versucht, den Zusammenhang zwischen Erwartungen und Zufriedenheit zu beschreiben. All diese Ansätze wurden jedoch nicht explizit für den Bereich der medizinischen Versorgung ausgearbeitet. Die am häufigsten verwendete Einteilung des Konstrukts Patientenzufriedenheit erfolgt nach der Klassifikation von Ware et al. (1983), welche, vor dem Hintergrund des amerikanischen Gesundheitssystems, acht Komponenten unterscheidet:

Interpersonaler Umgang, technische Versorgungsqualität, Erreichbarkeit/Bequemlichkeit, Finanzierung, Wirksamkeit/Behandlungsergebnis,

Kontinuität in der Versorgung, physische Umgebung/Ausstattung sowie Verfügbarkeit.

Auch im Bereich der Ergebnisqualität spielt die Patientenzufriedenheit eine entscheidende Rolle. Nach Donabedian (1982) setzt sie sich aus den folgenden Bereichen zusammen: Zugang, Kontinuität, Pflegeaspekte, Gründlichkeit, Menschlichkeit, Informationshäufigkeit, Wirksamkeit und Kosten.

Patientenunzufriedenheit kann auf zwei Arten entstehen (Wüthrich-Schneider 1999). Entweder durch ein unerwünschtes Ereignis, das eingetreten ist, oder durch eine wünschbare Situation, die nicht eingetreten ist.

2.3.2.1 Erwartungen

Erwartungen spielen eine wichtige Rolle für die Zufriedenheitsmessung. Sie sind notwendige Voraussetzungen für die Zufriedenheit selbst, stellen nach Applebaum (2004) einen wichtigen Vorläufer dar und üben einen unabhängigen und direkten Einfluss auf sie aus. Anhand des Modells der Erwartungsdiskrepanz wird deutlich, wie wichtig es im Rahmen der Zufriedenheitsmessung ist, die Kundenerwartungen zu kennen und zu verstehen. Nach Oliver (1981) sind „Erwartungen die durch den Kunden definierten Möglichkeiten von positiven und negativen Ereignissen bei einer bestimmten Verhaltensweise des Kunden.“

Nach Miller (1997) sind nicht alle Erwartungen identisch. Miller unterscheidet zwischen idealen, minimalen, erwarteten und verdienten Erwartungen. Den Kundenerwartungen an die Qualität entspricht die ideale beziehungsweise erwünschte Leistungsebene, die als maximaler Standard dient. Minimale Erwartungen an die Qualität stehen dagegen für die niedrigste Erwartungsstufe.

Der Durchschnitt vergangener Erfahrungen führt zu einer erwarteten Leistungsebene. Frühere Erfahrungen, welche eine typische Basis zur Entwicklung von Erwartungen an zukünftige Leistungen darstellen, beruhen entweder auf eigenen Erfahrungen des Kunden selbst oder auf erzählten Erfahrungen anderer. Diese Erfahrungen können durch verschiedene exter-

ne Faktoren, wie beispielsweise Kommentare und Berichte oder aber sogar durch das eigene Erinnerungsvermögen beeinflusst werden (Folke 1994).

2.3.2.2 Patientenzufriedenheit und Erwartungen

Patientenzufriedenheit wird als „Ergebnis des Abgleichs von Erwartungen und Erfahrungen“ verstanden (Jakob 2000). Das Problem hierbei ist, dass das Konzept der Erwartungen im Bereich der medizinischen Versorgung nicht eindeutig definiert ist. In der Literatur gibt es unterschiedliche Klassifizierungen der Erwartungskonzepte: Thompson und Sunol (1995) unterscheiden beispielsweise ideale, normative und prospektive Erwartungen, während Kravitz (1996) zwischen „Wahrscheinlichkeits-Erwartungen“ (so genannten probability expectations), die ungefähr den prospektiven Erwartungen von Thompson und Sunol (1995) entsprechen und „Wert-Erwartungen“ (so genannten value expectations) unterscheiden, welche Wünsche, Standards, wahrgenommene Notwendigkeit oder Rechte widerspiegeln.

In einer Studie von Fitzpatrick und Hopkins (1983, aus: Jakob 2000) zum Zusammenhang von Erwartungen und Zufriedenheit wurden Patienten mit chronischen Kopfschmerzen, die eine Spezialprechstunde besuchten, interviewt. So wurden sie vor dem Arztbesuch zu ihren Erwartungen und zwei bis drei Wochen danach zur Bewertung des Besuchs befragt. Hierbei stellte sich heraus, dass die Patienten keine genauen Vorstellungen ob ihrer Erwartungen vor der Behandlung hatten, sodass deutlich wurde, dass Erwartungen kaum als Basis für eine spätere Bewertung in Frage kommen.

Auch in einer qualitativen Längsschnittstudie von Avis et al. (1997), die sich ebenfalls mit dem Thema Patientenzufriedenheit beschäftigte, zeigte sich, dass die Patientenbewertung nicht durch a-priori-Erwartungen zu erklären ist. So verfügen Patienten sehr wohl über Erwartungen bezüglich Unterbringung und Verpflegung, aber aufgrund fehlenden Expertenwissens nicht über Erwartungen hinsichtlich medizinisch-technischer Aspekte.

Williams (1994) weist ebenfalls darauf hin, dass die selbstverständliche Übertragung der Kundenrolle auf den Patienten fragwürdig ist. So wird diskutiert, ob Patienten in der Lage sind, die Qualität der medizinischen Versorgung zu beurteilen.

Dagegen wurde deutlich, dass eine steigende Behandlungsdauer und eine wachsende Behandlungserfahrung in die Bewertung mit einfließen. Dieses Ergebnis zeigt, dass vorherige Erfahrungen mit dem medizinischen System einen wichtigen Aspekt bei der Patientenbewertung und Patientenzufriedenheit darstellen.

2.3.2.3 Beeinflussungskriterien der Patientenzufriedenheit

Die Sichtweise des Patienten bezüglich der im Krankenhaus erfahrenen Qualität nimmt Einfluss auf die Patientenzufriedenheit. Diese wiederum wird beeinflusst von der Erfüllung seiner Erwartungen (Cleary 1998), aber auch von der Übereinstimmung der Behandlungsergebnisse mit der initialen Prognose, so Wüthrich-Schneider (1999).

Kane et al. (1997) beschreiben in einer Studie, dass der Grad der Patientenzufriedenheit weniger durch die Verbesserung als durch den aktuellen Gesundheitszustand beeinflusst wird. Da die Patientenzufriedenheit mit soziodemographischen Parametern korreliert (Jakob 2000) findet man in der Literatur weitere Hinweise zu Faktoren, die die Patientenzufriedenheit beeinflussen. Es wurden sowohl Zusammenhänge zwischen Sozialstatus und Zufriedenheit, als auch zwischen Alter und Zufriedenheit hergestellt (Cleary 1991).

So weisen sozial besser gestellte Patienten einen niedrigeren Zufriedenheitsgrad auf, da ihre Erwartungen höher und somit schwieriger zu erfüllen sind. Ähnlich sieht es bei jüngeren Patienten aus. Diese tendieren dazu, kritischer zu sein, was wiederum die Patientenzufriedenheit verringern kann (Wüthrich-Schneider 1999).

Ältere Patienten neigen dagegen eher dazu, positiv auf Fragen bezüglich (Patienten) Zufriedenheit zu antworten (Deck 2001; Ehnfors 1993).

Nach Hall und Dornan (1988) ist der positive Zusammenhang zwischen dem Alter und der gemessenen Zufriedenheit am stärksten, möglicherweise bedingt durch die mit dem Alter steigende soziale Erwünschtheit, beziehungsweise die Akzeptanz, dass "sowieso alles schlechter wird".

Patienten mit einem höheren Bildungsniveau weisen häufig auch eine höhere Zufriedenheit auf. Ebenso führen stärkere Beschwerden zu einer geringeren Zufriedenheit (Cohen 1996; Leimkühler und Müller 1996). Des Weiteren ist es relevant, ob die Erkrankung chronisch oder akut verläuft, wobei chronische Erkrankungen eher zu Unzufriedenheit führen.

Patienten, die jedoch eine sehr schwere Erkrankung überlebt haben, tendieren eher dazu, zufrieden zu sein.

Laut Dornan und Hall (1988) scheint das Geschlecht keine Rolle zu spielen.

2.3.2.4 Fehlerquellen bei Befragungen

Im Rahmen von Befragungen stellen Antworttendenzen Verhaltensweisen dar, "die mehr durch die spezifische Form der Datenerhebung als durch die Ausprägung des jeweiligen Persönlichkeitsmerkmals definiert sind" (Moosbrugger 2012). Bedingt durch diese Antworttendenzen kann es zur Entstehung systematischer Messfehler kommen, die zu einer Verzerrung der ermittelten Ergebnisse führen können.

Im Folgenden werden die für diese Arbeit relevanten Antworttendenzen vorgestellt und erläutert.

1) Tendenz zur Mitte

Hierbei bevorzugen die Probanden eher die mittlere (neutrale) Antwortkategorie bei mehrstufigen Skalen (z. B. Likert-Skala).

Gründe dafür können einerseits Unsicherheit bezüglich des eigenen Wissens bzw. der eigenen Einschätzung sein, andererseits die Ansicht, die Antwortalternativen würden sich nicht eignen (Moosbrugger 2012).

Eine weitere mögliche Ursache dieses Antwortverhaltens ist die Tatsache, dass die Probanden sich weigern, ihre eigene Ansicht preiszugeben (Krauth 1995).

2) Soziale Erwünschtheit

Die soziale Erwünschtheit stellt ein Antwortverhalten dar, welches in vielen Fragebogenerhebungen zur Verfälschung des Testergebnisses führt.

Hierbei versuchen die Befragten so zu antworten, dass es ihrer Meinung nach der sozialen Norm und den Erwartungen des Untersuchers entspricht (Krauth 1995).

Die soziale Erwünschtheit oder Tendenz der sozialen Erwünschtheit setzt sich aus zwei Komponenten zusammen. Zum einen aus der Selbsttäuschung (Self-deceptive Enhancement), welche im Rahmen einer Befragung nicht unbedingt relevant ist und zum anderen aus der Fremdtäuschung (Impression Management).

Laut Impression Management Theorie ist dies jedoch kein Phänomen, welches sich auf die Antworten bei Befragungen beschränkt, sondern ein wesentliches Element des Verhaltens im Alltag, sodass dem Auftreten des genannten Phänomens nicht vollständig entgegengewirkt werden kann (Moosbrugger 2012).

Die theoretische Grundlage möglicher Unterschiede zwischen den Erfahrungen der Patienten auf der Intensivstation (in vorliegender Untersuchung) und den Vermutungen des Personals stellt das sogenannte GAP-Modell dar, welches im Folgenden beschrieben und erläutert wird.

2.4 Client-professional-gaps

2.4.1 Das GAP-Modell

Kunden- (Patienten-)zufriedenheit resultiert, zumindest teilweise, aus dem Vergleich zwischen Erwartungen und Wahrnehmungen. Aufbauend auf dieser Erkenntnis erarbeiteten Zeithaml et al. (1992, 1988, 1985) das GAP-Modell der Dienstleistungsqualität, welches gleichzeitig als Grundmodell des Qualitätsmanagements angesehen werden kann. Das Modell entstammt dem betriebswirtschaftlichen Sektor und ist branchenunabhängig, was sich auch anhand der Ergebnisse einer Umfrage zur Beurteilung verschiedener Dienstleistungen aus Kundensicht zeigte (Zeithaml 1992). Trotz deutlicher Unterschiede zwischen den Dienstleistungsanbietern, waren die zur Beurteilung herangezogenen Qualitätsmerkmale häufig sehr ähnlich. Das Modell der Dienstleistungsqualität dient dazu, die Kundenzufriedenheit zu erhöhen, indem mögliche Lücken, sogenannte "gaps" zwischen den Vorstellungen der Kunden und der tatsächlich erbrachten Leistung geschlossen werden sollen. Dem genannten Modell legten sie einen kundenorientierten Qualitätsbegriff zugrunde, wobei davon ausgegangen wird, dass die Güte der Leistung mit den Erwartungen der Kunden zumindest übereinstimmen muss, um beim Kunden eine positive Qualitätswahrnehmung zu erzeugen. Dies ist nicht der Fall, wenn zwischen den Soll- und Ist-Werten eine Diskrepanz entsteht. Diese Diskrepanz wird als GAP oder Lücke bezeichnet. Im Falle der vorliegenden Studie beziehen sich die client-professional-gaps auf Lücken, die zwischen dem Erleben der Patienten auf der Intensivstation und den Vorstellungen des Personals bezüglich des Erlebten möglicherweise bestehen (Haller 2010).

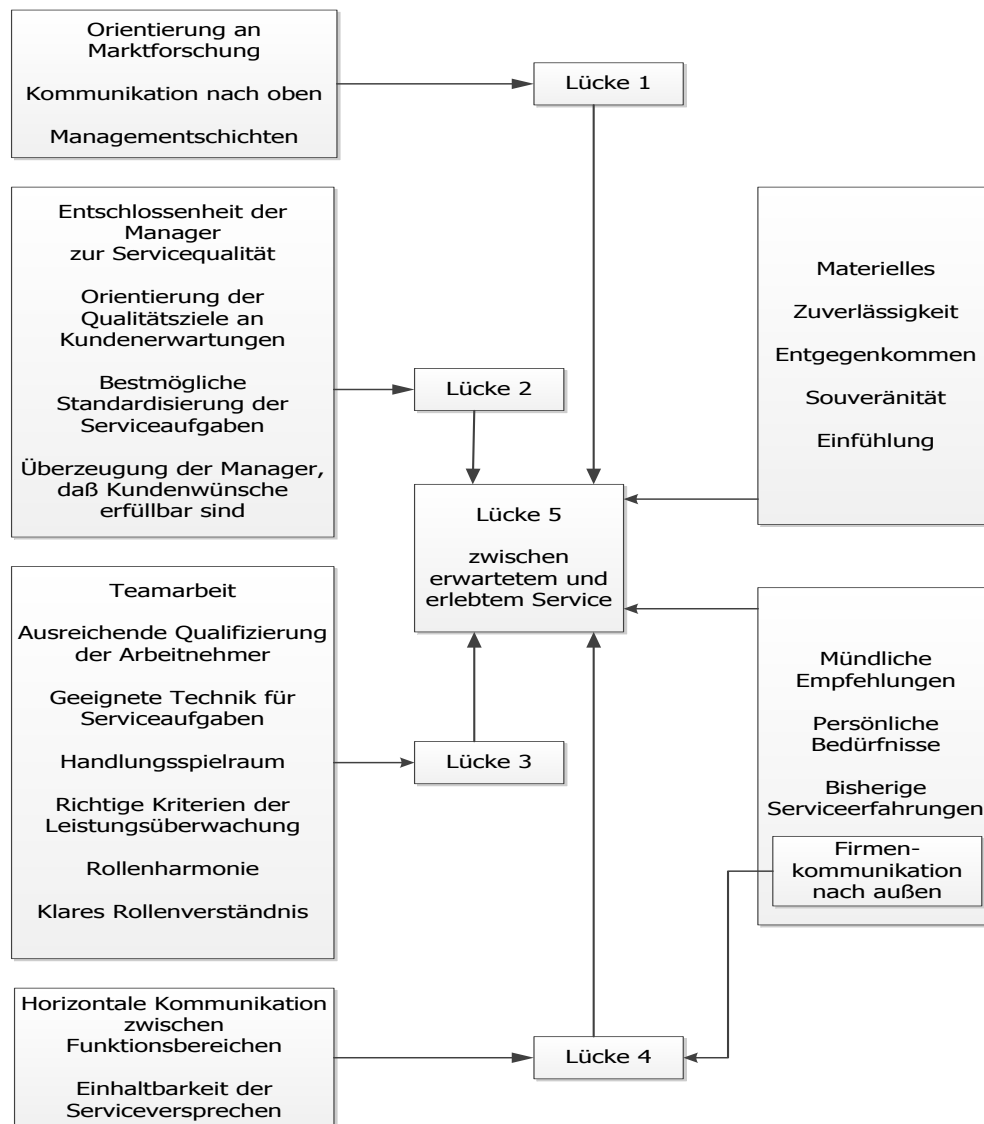


Abbildung 2-2: **Das GAP-Modell**

Zeithaml et al. unterscheiden fünf GAPs:

I. GAP 1

"Diskrepanz zwischen den Kundenerwartungen und den Vorstellungen des Managements bezüglich der Kundenerwartungen"

Die Erwartungen der Kunden gegenüber den Dienstleistungsanbietern entwickeln sich aus den individuellen Bedürfnissen, früheren Erfahrungen sowie Erfahrungsberichten Dritter. Um diese Erwartungen zur vollen Kundenzufriedenheit erfüllen zu können, bedarf es ihrer detaillierten Kenntnis. Ist dies nicht der Fall, so kann zwischen den Erwartungen Seitens der

Kunden und den Vorstellungen des Managements bezüglich der Kundenerwartungen GAP 1 entstehen, welches das Ausmaß der übrigen GAPs mitbestimmt.

GAP 1 resultiert im Wesentlichen aus drei Ursachen:

1)Unzureichende Berücksichtigung der Marktforschung

Marktforschung ist wichtig, um die Erwartungen und Vorstellungen der Kunden bezüglich Dienstleistungsqualität besser kennen und verstehen zu lernen. Dies wiederum trägt dazu bei, GAP 1 zu reduzieren.

2)Mangelnde Kommunikation zwischen Kundendienstpersonal und Management

Aufwärtskommunikation ist wünschenswert (Bruhn 2011), um Topmanager bezüglich der Aktivitäten und Ergebnisse des gesamten Unternehmens zu informieren. Nur so wird ihnen die Möglichkeit zur richtigen Kundeneinschätzung gegeben.

3)Hierarchiestufen

Sie hemmen den Kommunikationsfluss zwischen den Mitarbeitern an der "Kundenfront" und der Führungsebene eines Unternehmens.

II. GAP 2

„Fehlende Normen zur Erfüllung der Kundenwünsche“

Das Erkennen der Kundenerwartungen seitens der Geschäftsführung ist nicht ausreichend, um eine herausragende Servicequalität zu erreichen. Vielmehr setzt dies festgelegte Leistungsnormen für die Mitarbeiter des Unternehmens voraus, die diejenigen Erkenntnisse repräsentieren, die das Management aus den Kundenerwartungen gewonnen hat. Dies stellt häufig ein großes Problem dar.

Es werden vier verschiedene Ursachen gesehen, die zu GAP 2 führen können:

1) "Mangelnde Entschlossenheit des Managements zur Servicequalität"

Das höchste Ziel des Managements sollte es sein, dem Kunden möglichst das an Servicequalität zu bieten, was der Kunde als hervorragend ansieht. Häufig werden Zielsetzungen wie Kostensenkungen oder die Aussicht auf einen (kurzfristigen) Gewinn die Priorität gegeben, sodass die Dienstleistungsqualität in den Hintergrund rückt. Die (vermeintliche) Entschlossenheit vieler Firmen zur Servicequalität bedeutet lediglich die Entschlossenheit zur Einhaltung firmeninterner Normen für Produktivität und Kosten. Qualitätsservice kann dem Kunden nur dann geboten werden, wenn ein entschlossenes Spitzenmanagement dahinter steht. Ohne dieses können die ausführenden Organe nicht zur Qualitätsverbesserung beitragen. Zudem muss den Managern der mittleren Ebene das Gefühl vermittelt werden, dass ihre Bemühungen honoriert werden.

2) "Mangelnder Glaube der Manager an die Erfüllbarkeit der Kundenwünsche"

Das Ausmaß der Lücke zwei wird maßgeblich davon beeinflusst, inwieweit die Manager (auch Klinik- und Verwaltungsdirektoren) Kundenerwartungen für erfüllbar halten. Ist dies nicht der Fall, gibt es dafür verschiedene Gründe. So spielen einerseits Einschränkungen eine Rolle, denen eine Firma unterworfen ist. Andererseits können aber auch ungerechtfertigte vorbestehende Meinungen von Relevanz sein. So werden bestimmte Kundenwünsche und Erwartungen für nicht erfüllbar gehalten, weil die Manager nicht kreativ und engagiert genug sind, um eine Lösung zur Umsetzung und Erfüllung der Kundenwünsche zu finden. So bedarf es der Offenheit gegenüber Innovationen und der Überzeugung Seitens des Managements, nahezu alle Kundenwünsche erfüllbar machen zu können.

3) "Standardisierung von Serviceaufgaben"

Da viele Dienstleistungen einer routinemäßigen Abwicklung unterliegen, ist es durchaus möglich und sinnvoll, diese zu standardisieren. Die Möglichkeit zur Standardisierung besteht auch dann, wenn Serviceleistungen stark an individuellen Kundenwünschen ausgerichtet sind, da es auch hierbei immer bestimmte Aspekte gibt, die routinemäßig ausgeführt werden.

4) "Servicequalitätsziele auf Kundenerwartungen ausrichten"

Die Formulierung klarer Servicequalitätsziele ist sowohl für das Ergebnis, welches ein Unternehmen erzielen kann, als auch für die persönlichen Leistungen der einzelnen Mitarbeiter wichtig. Ebenso besteht durch Zielsetzungen die Möglichkeit einer effektiveren Kontrolle des gesamten Unternehmens. Dies funktioniert allerdings nur dann, wenn die formulierten Ziele bestimmten Anforderungen genügen. So ist es beispielsweise wichtig, dass sich die gesetzten Ziele an den Kundenwünschen und Erwartungen orientieren und nicht vorrangig an Leistungsanforderungen, welche aus firmeninterner Sicht entwickelt wurden. Zudem bedarf es einer spezifischen Zielsetzung. Die Serviceziele müssen so konkret formuliert werden, dass sie von allen Mitarbeitern problemlos verstanden und umgesetzt werden können. Sehr wichtig für die spätere Umsetzung der formulierten Serviceziele ist deren Akzeptanz bei den Arbeitnehmern. Dies wird nur dann der Fall sein, wenn die gesetzten Ziele verstanden und akzeptiert werden können. Desweiteren ist es für die Mitarbeiter wichtig zu wissen, welche der fünf Dimensionen, Zuverlässigkeit, Souveränität, Materielles, Einfühlungsvermögen und Entgegenkommen, anhand derer Kunden die Servicequalität messen, für sie die größte Wichtigkeit hat. So liegt es in der Hand der Geschäftsführung, diesbezüglich Prioritäten zu setzen. Dies ist notwendig, da die Mitarbeiter oft nicht allen fünf Dimensionen gleichzeitig gerecht werden können. Um Ziele erreichen zu können, müssen diese ständig gemessen und überprüft werden, da Serviceprobleme ohne den Informationsrückfluss zum Management selten behoben werden.

Die höchsten Leistungen werden erzielt, wenn mit den gesetzten Zielen hohe, aber realistische Anforderungen gestellt werden.

III. GAP 3

„Diskrepanz zwischen Normen für Servicequalität und tatsächlich geleistetem Service“

Auch wenn es den Firmenchefs (Klinikdirektoren) gelingen sollte, richtig erkannte Kundenerwartungen in Normen für das Kundenkontaktpersonal umzusetzen, kann es trotzdem passieren, dass die erbrachten Dienstleistungen die Kundenerwartungen nicht erfüllen. So entsteht

GAP 3, wenn das Personal die festgesetzten Normen nicht erfüllen kann oder will.

Sieben wesentliche Aspekte sind für mögliche Diskrepanzen in GAP 3 verantwortlich:

- Teamwork
- Mitarbeiter-Arbeitsplatz-Entsprechung
- Technologie-Arbeitsplatz-Entsprechung
- Wahrgenommene Kontrolle
- Beaufsichtigende Kontrollsysteme
- Rollenkonflikt
- Unklares Rollenverständnis

1) Teamwork

Wenn Mitarbeiter hohe Leistungen erbringen müssen, arbeiten sie häufig als Team zusammen, um so die angestrebten Ziele zu erreichen. Teamwork steht bei Unternehmen, bei denen der Kundendienst einen besonders hohen Stellenwert hat "im Mittelpunkt von Programmen zur Erstellung von Dienstleistungsqualität" (Bruhn 2011).

2) Mitarbeiter-Arbeitsplatz-Entsprechung

Kundennahe Arbeitsplätze (z. B. Schalterpersonal bei Autovermietungen, Personal in Telefonvermittlungen, aber auch Pflegepersonal in Krankenhäusern) sind aufgrund ihrer schlechten Bezahlung oftmals mit weniger gut ausgebildeten Mitarbeitern besetzt. Dies kann zu Problemen im Bereich der Dienstleistungsqualität führen, da das Kontaktpersonal seinen Aufgaben möglicherweise nicht gewachsen ist. Vorstellbar sind beispielsweise mangelnde Sprachkenntnisse, sowie Mangel an interpersonellen Kenntnissen. Hinzu kommt die Tatsache, dass freie Stellen möglichst schnell wieder zu besetzen sind, sodass auch die Einstellung eines neuen Mitarbeiters mit weniger guten Voraussetzungen in Kauf genommen wird.

3) Technologie-Arbeitsplatz-Entsprechung

Zum Erreichen einer hohen Dienstleistungsqualität ist es u. a. wichtig, den Mitarbeitern angemessene Geräte und Technologien zur Verfügung zu stellen. Gerätepannen behindern die Erbringung guter Leistungen.

4) Wahrgenommene Kontrolle

Das Gefühl, eine Situation kontrollieren zu können, ruft eine gewisse Beruhigung bei den Mitarbeitern eines Dienstleistungsunternehmens hervor und setzt somit die Entstehung von Stress herab. Zugleich kommt es zur Leistungsverbesserung und erhöhter Kontrolle, wenn den Mitarbeitern die Möglichkeit gegeben ist, auf eine Problemsituation flexibel reagieren zu können. Bedauerlicherweise ist es dem Kontaktpersonal eines Dienstleistungsunternehmens häufig nicht möglich, eine Dienstleistung zügig zu erstellen, da dies der Genehmigung vieler Abteilungen bedarf. In Konsequenz wird dadurch die Dienstleistungsqualität in Frage gestellt.

5) Beaufsichtigende-Kontrollsysteme

Häufig wird die Leistung des Kontaktpersonals ergebnisorientiert gemessen, beispielsweise an der Anzahl der pro Woche produzierten Einheiten. Diese Messungen basieren auf schriftlichen Geschäftsvorgängen. Dass dies nicht immer angebracht ist, zeigt sich am Beispiel der Schalterangestellten einer Bank. Von ihnen wird seitens der Kunden ein freundliches Auftreten sowie eine zügige, aber sorgfältige Arbeitsweise erwartet. Werden die Leistungen der Schalterangestellten aber nur an „Output Größen“, wie zum Beispiel der Tagesendabrechnung gemessen, kommen häufig für den Kunden wichtige Dienstleistungsqualitäten zu kurz.

6) Rollenkonflikt

Die Rolle eines Mitarbeiters im Dienstleistungssektor ist geprägt von Erwartungen und Anforderungen, die durch Kunden, Kollegen und Vorgesetzte, mit mehr oder weniger Druck, an ihn gestellt werden. Jeder von ihnen hat auf unterschiedliche Art und Weise Interesse an seinen Leistungen. Zum Rollenkonflikt kommt es beim Arbeitnehmer, wenn er Kunden, Kollegen und Vorgesetzten gleichzeitig gerecht werden soll. Das passiert bereits dann, wenn zu viele Kunden gleichzeitig eine Serviceleistung benötigen oder das Unternehmen (Management) Umsatz über Service stellt und die Mitarbeiter beauftragt werden, zusätzliche Dienstleistungen zu verkaufen. Hierbei kommt es zum Rollenkonflikt, wenn beispielsweise ein hohes Kundenaufkommen herrscht, der Arbeitnehmer folglich weiß, dass keine Zeit besteht, zusätzliche Leistungen anzubieten, er aber auch weiß, dass es das Management fordert. Sind die verschiedenen Aufgaben von Servicequalität nicht miteinander zu vereinbaren, führt dies zu Stress, Ängsten und Unzufriedenheit bei den Servicemitarbeitern. Demnach haben Dienstleistungsunternehmen, die sich über die Situation ihrer Servicemitarbeiter im Klaren sind und auch versuchen, diese falls nötig zu verändern, eine gute Chance, das Problem des Rollenkonflikts zu lösen.

7) Unklares Rollenverständnis

Ein unklares Rollenverständnis kann aus vielerlei Anlässen entstehen. Zum einen dadurch, dass die Mitarbeiter sich über die Erwartungen, die die Vorgesetzten an die Erfüllung der gestellten Aufgaben haben, nicht im Klaren sind. Zum anderen durch mangelndes Feedback bezüglich ihrer Leistungen und der fehlenden Honorierung dieser. Einen weiteren Punkt stellt die Tatsache dar, dass die Mitarbeiter nicht ausreichend über die Vorstellung ihrer Vorgesetzten bezüglich der Ausführung ihrer Tätigkeit informiert werden. Dies macht die Notwendigkeit der Abwärtskommunikation deutlich.

IV. GAP 4

„Wenn der Service nicht hält, was die Firma verspricht“

Lücke vier entsteht, wenn es zur Diskrepanz zwischen dem versprochenen und dem tatsächlich geleisteten Service kommt. Die Kommunikation des Dienstleisters nach außen ist sehr wichtig und beeinflusst die Kundenerwartungen in besonderem Maße. So steigern Maßnahmen, wie Medienwerbung und andere Mitteilungen die Erwartungen der Kunden an die Servicequalität erheblich. Aber auch Nichtkommunikation kann die Beurteilung der Servicequalität durch den Kunden negativ beeinflussen. So wäre es für ein Unternehmen sicherlich von Vorteil, wenn die Kunden wüssten, was "hinter den Kulissen" zum Erreichen optimaler Servicequalität unternommen wird.

Für die Entstehung von GAP 4 gibt es demnach zwei grundlegende Ursachen:

Zum einen eine **unzureichende horizontale Kommunikation**, zum anderen die **Neigung zu übertriebenen Versprechungen**. Eine funktionierende horizontale Kommunikation zwischen den verschiedenen Abteilungen eines Unternehmens, insbesondere zwischen der Marketingabteilung und dem Servicepersonal, sollte gewährleistet sein, da diese zum Erreichen der Unternehmensziele notwendig ist. Ansonsten

besteht die Gefahr, dass die dem Kunden suggerierte Servicequalität nicht erfüllt werden kann. Demzufolge ist es wichtig, dass das Servicepersonal über die Werbeversprechen informiert und in ihre Umsetzung integriert wird. Nur so kann festgestellt werden, ob die Umsetzung des Versprochenen überhaupt möglich ist, wobei die Kunden hinterher umso verärgerter sind, je höher die hervorgerufenen Erwartungen waren. Die Neigung zu übertriebenen Versprechungen führt bei Nichterfüllung zur Unzufriedenheit auf Kundenseite. Konzentriert sich die Werbung jedoch auf die Servicequalitätsmerkmale, die dem Kunden am wichtigsten sind, führt dies zur Wirkungssteigerung der Werbekampagne.

V. GAP 5

Dieses GAP stellt die zentrale Lücke des Modells zwischen erwartetem und erlebtem Service dar. GAP 5 kann somit durch die Reduzierung der übrigen vier Lücken verringert werden und ist demnach der Schlüssel zu guter Serviceleistung (Bruhn 2011).

Vom Kunden/Patienten wird die Lücke fünf zwischen erwartetem und erlebtem Service bei Dienstleistungsunternehmen in den fünf nachfolgend genannten Dimensionen empfunden (Zeithaml 1992):

1) Reliability (= Zuverlässigkeit)

Diese Dimension bezieht sich auf die präzise und verlässliche Ausführung des angebotenen Services.

2) Assurance (= Souveränität)

Hierunter wird die Kompetenz und das zuvorkommende Verhalten der Angestellten, sowie deren Fähigkeit, das Vertrauen der Kunden zu gewinnen, verstanden.

3) Tangibles (= Materielles)

Dieser Begriff bezieht sich sowohl auf das äußere Erscheinungsbild des Personals, als auch auf das der Einrichtung.

4) Empathy (= Einfühlungsvermögen)

Hiermit ist das Einfühlungsvermögen und das Verständnis der Mitarbeiter jedem einzelnen Kunden gegenüber gemeint.

5) Responsiveness (= Entgegenkommen)

Das "Entgegenkommen" bezieht sich auf die Kundenfreundlichkeit, wobei die direkte Reaktion des Servicemitarbeiters auf den Kunden und das umgehende Bedienen im Vordergrund stehen.

Zur Messung der Kundenauffassungen von Servicequalität entwickelten Zeithaml et al. in den 80er Jahren ein standardisiertes Verfahren, welches als "Servqual" bezeichnet wird. Der Begriff "Servqual" ist ein Kunstwort aus "service" und "quality". Servqual ist eine auf dem GAP-Modell aufbauende Messmethode, die der indirekten Messung der Kundenzufriedenheit dient. Der Servqual-Ansatz ist eine Kombination aus einstellungs- und zufriedenheitsorientierter multiattributiver Messung (Bruhn 2011).

Servqual gehört zu den am häufigsten verwendeten Verfahren zur Messung der Dienstleistungsqualität und orientiert sich an den fünf oben genannten Dimensionen, welche eine präzise Wiedergabe der Kernkriterien darstellen, nach denen Kunden (hier: Patienten) Servicequalität beurteilen. Die fünf genannten Dimensionen werden durch 22 Merkmale (Items) anhand einer Doppelskala messbar gemacht. Hierbei werden zu jedem Item zwei Aussagen formuliert. Zum einen werden damit die generellen Erwartungen der Kunden erfragt, zum anderen die erlebte Dienstleistung bei einem bestimmten Anbieter. Analog der Erfassung von Zufriedenheit, werden hier Erwartungen und Erfahrungen gegenübergestellt.

3 Aufbau und Methodik

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit der Entwicklung des Fragebogens, den demographischen Daten der Probanden, sowie der Datenerhebung und -analyse.

Die Untersuchungen fanden auf den perioperativen Intensivtherapiestationen (PIT 1-3) der Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie der Universität Rostock statt. Die Stationen versorgten zum Zeitpunkt der Untersuchung 3000 Patienten pro Jahr.

3.1 Fragebogenentwicklung

Der Fragebogen wurde in deutscher Alltagssprache verfasst (Promotion Frau N. Schindler in Arbeit). Zu Beginn wurde eine Adjektivliste zur Beschreibung bedeutsamer Erlebnisqualitäten erstellt. Hierzu wurden Aspekte genutzt, die bei der Befragung von Intensivpatienten von Relevanz sind. Diese wurden aus Publikationen, sowohl zur Patientenzufriedenheit, als auch zum Thema "Erfahrungen mit der Behandlung auf der Intensivstation" (aus: Medline und Literaturverzeichnis der dort zu findenden Paper) abgeleitet. Um das Kriterium der Vollständigkeit möglichst erfüllen zu können, wurde zusätzlich ein deutsches Standardwörterbuch (Duden als Referenz) zu Hilfe genommen und auf weitere denkbare Aspekte hin inspiziert. Die fertige Liste beinhaltete 300 Adjektive.

Im Rahmen einer ersten Voruntersuchung an 40 gesunden Probanden, sollten die vorgegebenen Adjektive einer der drei Bereiche Kommunikation, inneres Erleben und körperliches Befinden zugeordnet werden. Die Adjektive mit der höchsten Übereinstimmung nach der Zuordnung zu diesen drei Bereichen wurden in Items umgewandelt und in den Fragebogen übernommen. Diese Items wiederum wurden durch ein Expertenteam aus erfahrenen Intensivmedizinerinnen, einer Psychologin, die ebenfalls Erfahrung in der Intensivmedizin hat, sowie einer psychologischen Methodologin auf

etwaige Widersprüchlichkeiten, Wiederholungen und Vollständigkeit hin geprüft. Hieraus entstand die erste Version des Fragebogens mit 44 Items, die in Form eines Pre-Tests an 38 ehemaligen Intensivpatienten im Alter von 56 bis 82 Jahren erprobt wurde. Die Probanden wurden ebenfalls gebeten, jedes Item einer der drei Sphären Kommunikation, inneres Erleben und körperliches Empfinden zuzuordnen. Die Zuordnung galt als eindeutig, wenn das entsprechende Item von den Probanden einer der oben genannten Sphären/Dimensionen mindestens doppelt so häufig zugeordnet werden konnte wie einer der beiden anderen.

Der Pretest dient der Kontrolle der inhaltlichen Qualität. Hierbei werden die Items auf Verständlichkeit, Eindeutigkeit und neutrale Formulierung hin überprüft (Homburg 2008). So besteht die Möglichkeit, bei Bedarf Änderungen vorzunehmen und gegebenenfalls fehlende Aspekte in Form weiterer Items zu ergänzen. Änderungsvorschläge werden diskutiert, wobei als sinnvoll betrachtete Vorschläge im Fragebogen berücksichtigt werden sollten.

Somit steigt die Chance, dass der Fragebogen von den Befragten (Patienten und Mitarbeitern) akzeptiert wird, was zu einer steigenden Teilnahme und einem verbesserten Antwortverhalten führt.

Zudem wurden offene, unstrukturierte Patienteninterviews durch eine Psychologin geführt, um aus erster Hand zu erfahren, welche Aspekte für Intensivpatienten relevant sind und möglicherweise in der Literatur noch nicht erfasst wurden. Hierfür wurden Patienten mit unterschiedlicher Liegedauer und Erkrankungsschwere befragt, um möglichst viele verschiedene Aspekte des Erlebens auf der Intensivstation ermitteln zu können. Nach Auswertung der Interviews erfolgte eine erneute Überarbeitung des Fragebogens, sowie eine wiederholte Beurteilung durch das Expertenteam. Im Anschluss daran wurden fehlende Aspekte ergänzt. Die daraus resultierende Version wurde erneut an einer Gruppe von 80 ehemaligen Intensivpatienten getestet. Es wurde sowohl die Verständlichkeit der allgemeinen Anweisungen als auch die der Items überprüft, ebenso wie die "Belastbarkeit" der Patienten. Im Anschluss daran wurde der Fragebogen nochmals

überarbeitet, so dass dann die endgültige Fassung entstand. Diese beinhaltete 32 von ursprünglich 44 Likert-Items, davon 10 kommunikatorische (C 1-C 10), 14 intrapersonale (I 1-I 14) und 7 somatische (S 1-S 7) Items, sowie ein Item zur allgemeinen Zufriedenheit mit der Intensivtherapie. Dieses Kontroll-Item sollte dazu dienen, unsere Daten mit denen anderer Studien vergleichbar zu machen. Die globale Erfassung von Zufriedenheit ist gängig, aber wegen starker Deckeneffekte problematisch.

Tabelle 3-1: **Kommunikatorische Items C 1 - C 10**

C 1	Ich konnte mich mitteilen und hatte meistens das Gefühl, verstanden zu werden.
C 2	Ich bin bevormundet und gemäßregelt worden.
C 3	Meine Beschwerden wurden genügend beachtet und behandelt.
C 4	Ich habe mich gut über meine Situation informiert gefühlt.
C 5	Ich konnte mitreden und über mich entscheiden.
C 6	Das Personal hat meine Intimsphäre, mein Schamgefühl ausreichend beachtet.
C 7	Ich bin meistens freundlich behandelt worden.
C 8	Ich kann mir Dinge oder Umstände vorstellen, die mir den Aufenthalt erleichtert hätten.
C 9	Man hat mir Mut gemacht.
C 10	Man war ungeduldig mit mir.

Tabelle 3-2: **Intrapersonale Items I 1 – I 14**

I 1	Ich habe mir Sorgen gemacht über Alltagsprobleme wie Beruf, Haushalt, Familie, wirtschaftliche Existenz.
I 2	Ich habe viel gegrübelt.
I 3	Es hat mich stark beschäftigt, ob ich im Alltag oder im Beruf zukünftig zurechtkomme.
I 4	Ich hatte Vertrauen zum Personal und seinen Entscheidungen.
I 5	Ich habe mich oft allein, verlassen oder einsam gefühlt.
I 6	Ich hatte Furcht krank zu bleiben oder nicht mehr gesund zu werden.
I 7	Ich hatte Angst verrückt zu werden oder „durchzudrehen“.
I 8	Ich habe Dinge gesehen, die eigentlich nicht sein konnten.
I 9	Ich hatte Angst oder Furcht.
I 10	Ich war traurig, niedergeschlagen oder deprimiert.
I 11	Ich fühlte mich abhängig.
I 12	Ich war nervös, unsicher oder angespannt.
I 13	Ich war durcheinander oder verwirrt.
I 14	Ich war wütend, aggressiv oder verärgert.

Tabelle 3-3: **Somatische Items S 1-S 7**

S 1	Ich habe meistens schlecht geschlafen.
S 2	Ich konnte mich gut bewegen.
S 3	Schläuche in Nase und Mund waren unangenehm.
S 4	Ich war überwiegend schmerzfrei oder hatte nur geringe Schmerzen.
S 5	Ich habe gefroren und mir war heiß.
S 6	Körperliche Missempfindungen haben mich gestört (z. B. Husten, Durst, Erbrechen, Blähungen).
S 7	Ich fühlte mich erschöpft, kraftlos, schlapp oder matt.

Der Grad an Übereinstimmung mit den Aussagen dieser 32 Items sollte von den Patienten anhand einer 4-stufigen Likert-Skala (1= stimmt völlig, 4= stimmt gar nicht) bewertet werden.

Fünf Items waren jedoch zu unspezifisch, um detaillierte Informationen über die Situation der Patienten auf der Intensivstation zu geben. Im Einzelnen handelte es sich hierbei um die Items C4 („Ich fühlte mich gut informiert.“), C8 („Dinge, die mir den Aufenthalt erleichtert hätten.“), I1 („Ich habe mir Sorgen über Alltagsprobleme gemacht.“), sowie S4 („Ich war überwiegend schmerzfrei.“) und S6 („Körperliche Missempfindungen haben mich gestört.“).

Daher wurden zusätzlich 55 binäre (= dichotome), negativ konnotierte Items verwendet, die diese unspezifischen Likert-Items näher beschreiben sollten. Dieser Kompromiss wurde geschlossen, um die Möglichkeiten und die Motivation der Patienten nicht zu überfordern. Die Beantwortung binärer Items benötigt deutlich weniger Zeit und Aufwand als die der likert-skalierten, da die binären Items ausschließlich mit "ja" oder "nein" zu beantworten sind.

Die 55 binären Items erfassten die Bereiche somatische Beschwerden, wie beispielsweise Übelkeit und Erbrechen, Husten- und Juckreiz, Mundtrockenheit, Atemnot und Durst, Aspekte der Informationsübermittlung (zu viel oder zu wenig Information, Widersprüchlichkeiten, Verweigerung von Informationen und Ähnliches), Sorgen bezüglich Familie, Beruf, Haushalt und des Weiteren, sowie negative Wahrnehmungen, zu denen beispielsweise das Gefühl der Hilflosigkeit und des Ausgeliefertseins, Schmerzen, Ängste, Orientierungslosigkeit und Reizüberflutung gehören, Maßnahmen, die den Aufenthalt auf der Intensivstation hätten erleichtern können, wie beispielsweise Radio oder Fernsehen, Telefon, flexible Besuchszeiten oder aber auch Ruhe, desweiteren Schmerzlokalisationen und situationsbedingte Schmerzauslöser.

Die oben aufgeführten Items mit den dazugehörigen binären Items sind im Anhang II auf den Seiten 5 und 6 des Fragebogens einzusehen.

Des Weiteren wurden die demographischen Daten der Befragten, das Bildungsniveau, der Beruf, der Familienstand, das Alter sowie mögliche vorangegangene Erfahrungen mit der Intensivstation erfasst.

Der endgültige Fragebogen beinhaltete eine Erläuterung der Studienziele sowie ausführliche Anweisungen zur Beantwortung der Fragen, wobei darauf geachtet wurde, dass die Anweisungen allgemein verständlich und klar formuliert sind. Die Fragen unterteilten sich in 32 likert-skalierte und 55 dichotome Items, sowie eine offene Frage, um den Patienten die Möglichkeit zu geben, weitere für sie relevante Aspekte aufzuführen, acht Fragen zu den Kategorien Demographie und vorherige Erfahrungen mit der Intensivstation, sowie einen willkürlich zugeteilten Identifizierungscode, der es ermöglichte, den Fragebogen und die klinischen Daten einander zuzuordnen.

Die Fragebögen wurden als vollständige erachtet, wenn weniger als drei Likert-Items pro Fragebogen unbeantwortet blieben.

Der verwendete Fragebogen ist im Anhang II dieser Arbeit einzusehen.

3.1.1 Personalfragebogen

Den Mitarbeitern (Pflegeteam und Ärzten) der beiden Intensivstationen wurde ein analog gestalteter Fragebogen ausgehändigt, der sich auf die vom Personal vermuteten Erfahrungen der Patienten während ihres Aufenthalts auf der Intensivstation fokussierte.

Die Fragen zum subjektiven Erleben waren identisch, im Rahmen der Erhebung der demographischen Daten wurden jedoch zusätzlich folgende Parameter erhoben: Profession der Mitarbeiter (Pflegekraft oder Arzt), Berufserfahrung (< drei Jahre oder > drei Jahre beim Pflegepersonal, < ein Jahr oder > ein Jahr bei den Ärzten, da deren Rotationsintervalle kürzer sind), sowie die Zugehörigkeit der Mitarbeiter zu einer der beiden untersuchten Intensivstationen.

Diese grobe Zuordnung sollte die Bedenken bezüglich einer Deanonymisierung minimieren.

3.2 Datenerhebung

3.2.1 Erhebungszeitraum

Die Studie wurde in der Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie des Universitätsklinikums Rostock AöR (Anstalt des öffentlichen Rechts) durchgeführt.

Es handelt sich hierbei um eine prospektive Beobachtungsstudie ohne Interventionen.

Aufgrund der im Folgenden beschriebenen Ausschlusskriterien wurde eine Teilerhebung durchgeführt, was bedeutet, dass nicht alle Patienten, die während des Befragungszeitraumes auf den perioperativen Intensivstationen behandelt wurden, auch befragt werden konnten.

Die Datenerhebung erstreckte sich über einen Zeitraum von 12 Monaten. Beginn war im Oktober 2006.

3.2.2 Patienten und Patientenbefragung

Vor Beginn der Untersuchung wurde die Zustimmung der lokalen Ethikkommission und der beteiligten Klinikdirektoren sowie des Personalrates eingeholt.

Eingeschlossen in die Studie wurden alle Patienten, die mehr als 24 Stunden auf der Intensivstation verbrachten und keines der Ausschlusskriterien erfüllten.

Zu den Ausschlusskriterien zählten akute Verwirrtheit, Desorientierung, Beeinträchtigung der kognitiven Fähigkeiten, sowie mangelnde Kenntnis der deutschen Sprache, ein Alter unter 18 Jahren sowie die Ablehnung der Teilnahme und das Nicht-Antreffen der Patienten auf der Allgemeinstation bis spätestens sieben Tage nach Verlegung.

Eingeschlossene Patienten wurden frühestmöglich in dem Intervall zwischen dem zweiten und siebten Tag nach der Verlegung auf die Allgemeinstation kontaktiert.

Die Patienten und gegebenenfalls eingesetzte gesetzliche Betreuer wurden über die vorliegende Studie und deren Ziele, sowie über ihr Recht, die Teilnahme auch nach erfolgter Zustimmung jederzeit und ohne Angabe von Gründen abubrechen, aufgeklärt.

Nach schriftlicher Zustimmung zur Teilnahme an der Studie erhielt jeder Patient einen Fragebogen, einen Stift und einen neutralen, unbeschrifteten Umschlag, um den Fragebogen anonym zurückgeben zu können.

Die unterschriebenen Einverständniserklärungen wurden beim Verteilen der Fragebögen wieder eingesammelt und separat aufbewahrt.

Der Fragebogen und die dazugehörigen klinischen Daten wurden mit einem entsprechenden Identifizierungscode (ID-Code) versehen, zu dem niemand außerhalb des Befragungsteams Zugriff hatte. Somit sollte die Anonymität gegenüber den Behandelnden gewahrt werden.

Zwei Teammitglieder akquirierten die Patienten. Hierzu gehörte die Kontaktaufnahme, die Aufklärung über das geplante Vorhaben, sowie die detaillierte Erläuterung der Studie und deren Ziele und das anschließende

Einsammeln der ausgefüllten Bögen. Hiernach erfolgte die Vergabe des ID-Codes in Unkenntnis der klinischen Daten.

Zwei weitere Teammitglieder erhoben anhand der Patientenakten die klinischen Daten und werteten diese aus. Ihnen waren die Patientenantworten jedoch nicht bekannt, sodass beide Erhebungsabschnitte verblindet erfolgten. Nach der Auswertung der klinischen Daten wurden die den Fragebögen zugeordneten ID-Codes aus der Registrierung gelöscht, um somit eine Rückverfolgung auszuschließen.

3.2.3 Klinische Daten

Anhand der Krankenakten derjenigen Patienten, die den Fragebogen vollständig ausgefüllt zurückgegeben hatten, wurden die Werte des Therapeutic Intervention Scoring Systems (TISS-28), sowie des Simplified Acute Physiology Score (SAPS II) zum Aufnahmezeitpunkt, nach 24 Stunden und für jeden weiteren Tag des Aufenthaltes auf der Intensivstation berechnet. Ebenso wurde die Dauer des Intensivaufenthalts und die der invasiven Beatmung, sowie die in folgender Tabelle zusammengestellten Daten festgehalten.

Tabelle 3-4: **Demographische und klinische Daten**

Alter	Drainagen
Geschlecht	Speziallagerung
Station	Medikamente
OP-Lokalisation	Organersatz, wie Dialyse/CVVHDF, IABP, MARS, ECMO, NovaLung
OP-Indikation	Scores (TISS-28, SAPSS II)
Wiederaufnahme auf der Intensivstation	aktuelle Erkrankungen
Zugänge	Vorerkrankungen

Ziel war es herauszufinden, ob die Dauer des Intensivaufenthalts und die Behandlungsintensität mit den ermittelten client-professional-gaps korrelierten.

3.3 Methoden und Datenanalyse

Die Datenanalyse erfolgte anhand des Statistikprogramms SPSS.

Die ursprüngliche „Zustimmungsskala“ (1= stimmt völlig; 4= stimmt gar nicht) wurde in eine Skala recodiert, die die Erwünschtheit des Ergebnisses unmittelbar anzeigt, das heißt, eine hohe Punktzahl steht für das bestmögliche Ergebnis (4= erwünschtes Ergebnis; 1= unerwünschtes Ergebnis) hinsichtlich eines positiven Patientenerlebens.

Hierfür wurden die positiv konnotierten Items „umgedreht“, das heißt, der Zahlenwert der gegebenen Antwort wurde von 5 subtrahiert, sodass die Erwünschtheit des Ergebnisses unmittelbar abgelesen werden konnte.

Beispiel anhand des Items C 4: "Ich habe mich gut über meine Situation informiert gefühlt".

Gegebene Antwort: stimmt völlig=1, diese wird von 5 subtrahiert, sodass das Ergebnis 4 ist und damit dem bestmöglichen und somit erwünschten Ergebnis im Sinne eines positiven Patientenempfindens entspricht.

Negativ konnotierte Items wurden in ihrer ursprünglichen Form belassen, da „stimmt gar nicht“ bereits dem erwünschten Ergebnis entsprach.

Allgemein wird angenommen, dass sich die Mitarbeiter an die schwereren und psychisch belastenderen Krankheitsverläufe besser erinnern, als an die unkomplizierten. Dies bezieht sich auch auf diejenigen Patienten, die den Aufenthalt auf der Intensivstation nicht überlebt hatten. Folglich war eine Überschätzung der Belastung des Intensivaufenthaltes für die Patienten durch das Personal wahrscheinlich.

Um die beschriebene Tatsache zu kompensieren, wurde ein systematischer Messfehler (Bias; Offset) zwischen den Aussagen der Patienten und denen der Mitarbeiter berechnet (Bias= durchschnittliche Patientenaussage minus durchschnittliche Mitarbeiteraussage), der zu jeder (einzelnen)

Mitarbeiteraussage addiert wurde. Das Bias war für alle Items gleich und betrug genau eine Differenz von eins.

In Form von Unterschiedshypothesen wurden die Unterschiede zwischen den recodierten Patientenaussagen und den recodierten und bias-korrigierten Aussagen der Mitarbeiter untersucht. Diese repräsentierten dann die client-professional-gaps, welche in "blind-spots" und "hyperattentions" unterteilt werden konnten. Im Rahmen der "blind spots" wurde die Belastung des Aufenthaltes auf der Intensivstation für die Patienten unterschätzt, wohingegen es im Rahmen der "hyperattentions" zu einer Überschätzung kam.

Zur Ermittlung der genannten Gruppenunterschiede zwischen den Aussagen der Patienten und denen des Personals wurde der Mann-Whitney-U-Test eingesetzt. Hierbei handelt es sich um einen Rangsummentest, welcher dem Vergleich zweier unabhängiger Stichproben hinsichtlich ihrer zentralen Tendenz dient (Kundt 2006; Bortz 2005). Es muss keine Normalverteilung vorliegen. Die Daten befinden sich auf Ordinalskalen-Niveau. Unterschiedshypothesen testen auf das Vorhandensein von alpha-Fehlern hin. Das sind sogenannte Fehler 1. Art, im Rahmen derer eine richtige Nullhypothese zugunsten der (falschen) Alternativhypothese ablehnt wird; d.h. der gefundene Unterschied kommt zufällig in der vorhandenen Stichprobe vor, aber in der Realität (Population) nicht.

Anschließend wurde der Einfluss der Behandlungsintensität auf die ermittelten client-professional-gaps untersucht, indem der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman zwischen der Verweildauer auf der Intensivstation und dem entsprechenden client-professional-gap bestimmt wurde.

Die Verweildauer auf der Intensivstation, die Dauer der invasiven Beatmung, kumulative SAPS II und TISS-Scores (je Score einen Wert pro Tag auf der Intensivstation), sowie die Summe der beiden kumulierten Scores wurden als allgemeine Indikatoren für die Behandlungsintensität betrachtet.

Aufgrund der hohen Wahrscheinlichkeit einer beträchtlichen Kovarianz (= Kennzahl zur Beschreibung der Beziehung zwischen zwei Variablen)

dieser Indikatoren, wurden die relevanten Indikatoren mittels Faktorenanalyse identifiziert.

Die explorative Faktorenanalyse (EFA) ist ein Verfahren der multivariaten Analyse, die der Datenstrukturierung in großen Variablensets dient.

Hierbei wird versucht, diejenigen Gruppen von Variablen zu identifizieren, die hoch miteinander korreliert sind, um diese dann von weniger korrelierten Gruppen zu trennen.

Die Gruppen hoch korrelierter Variablen werden als Faktoren bezeichnet.

Andererseits dient die Faktorenanalyse jedoch auch der Datenreduktion. Von Datenreduktion wird dann gesprochen, wenn zusätzlich zur Strukturierung auch Ausprägungen für die strukturierten Faktoren (Faktorenwerte) ermittelt werden können. Liegen derartige Faktorenwerte vor, so können diese anstelle der Originalwerte der Variablen verwendet werden. Dies ist notwendig, da im Rahmen großer Variablensets davon ausgegangen wird, dass sich mit steigender Variablenzahl immer mehr Variablen überschneiden, was sich statistisch in Korrelationen der Variablen ausdrückt (Backhaus 2011).

Die Faktorenanalyse erfolgte gemäß der Scree-Methode und dem Kaiser-Kriterium (Backhaus 2011). Beide Verfahren dienen der statistischen Bestimmung zu extrahierender Faktoren.

Im Rahmen der Scree-Methode werden die Eigenwerte in einem Koordinatensystem (Eigenwertdiagramm) in abnehmender Wertefolge aufgetragen und durch Geraden verbunden. An der Stelle, an der die Differenz der Eigenwerte zwischen zwei Faktoren am größten ist, entsteht ein Knick (= elbow). Der sich im Knick befindende Punkt bestimmt die Anzahl der zu extrahierenden Faktoren. Dies ist deshalb der Fall, da die Faktoren mit den kleinsten Eigenwerten für Erklärungs Zwecke unbrauchbar sind und deshalb nicht extrahiert werden (Scree= Geröll). Ist kein eindeutiger Knick im Diagramm ermittelbar, so ist die Anzahl der zu extrahierenden Faktoren ebenfalls nicht eindeutig (Backhaus 2011).

Nach dem Kaiser-Kriterium entspricht die Zahl der zu extrahierenden Faktoren denjenigen Faktoren, die einen Eigenwert größer eins aufweisen.

Die Eigenwerte werden berechnet als Summe der quadrierten Faktorladungen eines Faktors über alle Variablen (Backhaus 2011).

Die relevanten Indikatoren der Behandlungsintensität (Verweildauer auf der Intensivstation) wurden mit den client-professional-gaps korreliert zu den Aussagen der Patienten bei Items, die ein client-professional-gap zeigten.

Die binären (dichotomen) Items wurden nur dann in die Analyse mit einbezogen, wenn die zugehörigen Likert-Items ein client-professional-gap repräsentierten. Die Häufigkeit der Ja-Antworten pro befragter Person zeigte die Wichtigkeit der betreffenden Gruppe binärer Items auf.

Darüber hinaus wurde der Zusammenhang zwischen den Antworten der Patienten auf die ja/nein Fragen und den Fragen nach der Behandlungsintensität untersucht. Dies erfolgte anhand einer Zusammenhangshypothese, welche eine Aussage über den Zusammenhang (Korrelation) zwischen zwei oder mehreren Gruppen hinsichtlich der Ausprägung eines Merkmals trifft.

Im Rahmen einer Korrelationsanalyse stellt sich die Frage nach der Stärke des Zusammenhanges zweier Merkmale. Dieser Zusammenhang soll durch eine Maßzahl, den Korrelationskoeffizienten (r), beschrieben werden.

Liegen die Merkmale (Items) mindestens in ordinal skalierten Form vor, wie es auch bei den Likert-Items in der vorliegenden Studie der Fall ist, so werden mögliche Zusammenhänge mittels des Spearmanschen Rangkorrelationskoeffizienten ermittelt. Der Zusammenhang zwischen den Merkmalen muss hierbei nicht linear sein.

Der Korrelationskoeffizient nimmt immer Werte zwischen -1 und +1 an und ist dimensionslos.

Der Betrag von r beschreibt die Stärke des Zusammenhanges der Merkmale. Je näher der Betrag von r bei +1 oder -1 liegt, desto stärker ist der Zusammenhang.

Es muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass ein empirischer Korrelationskoeffizient mit einem Betrag > 0 lediglich etwas über den Betrag des Zusammenhanges aussagt, jedoch nicht über die Ursache (Kundt 2006).

Zur Überprüfung einer Zusammenhangshypothese gibt es verschiedene Möglichkeiten. Dazu gehört beispielsweise das Verfahren der multiplen Korrelation. Voraussetzung für die Anwendbarkeit dieses Verfahrens ist das Vorhandensein einer abhängigen und vieler unabhängiger Variablen.

Bei der vorliegenden Untersuchung gestaltete sich der Sachverhalt genau umgekehrt, sodass ein Korrekturverfahren für multiples Testen angewendet werden musste. Von multiplem Testen wird dann gesprochen, wenn mehr als zwei unabhängige Stichproben miteinander verglichen werden.

Im Rahmen des multiplen Testens kommt es zur alpha-Fehler Kumulierung. Hierunter wird in der Statistik die globale Erhöhung der alpha-Fehler-Wahrscheinlichkeit durch multiples Testen in derselben Grundgesamtheit bezeichnet (Wikipedia 24.11.2011). Die alpha-Fehler-Kumulierung tritt generell auf, wenn eine "globale" Hypothese anhand mehrerer Signifikanztests überprüft wird.

Aufgrund dieser alpha-Fehler-Kumulierung musste ein Korrekturverfahren angewendet werden. Es wurde die Holm's Prozedur (Holm 1979) zur Korrektur bei multipler Testung gewählt, da diese weniger konservativ ist als beispielsweise die Bonferroni-Korrektur.

Bei einem konservativen Test gilt für jede Stichprobe, dass der Fehler 1. Art kleiner ist als das vorgegebene Signifikanzniveau α . Die Konsequenz daraus ist ein breiterer Nichtablehnungsbereich der Nullhypothese (H_0) als eigentlich notwendig. Demzufolge wird die H_0 seltener abgelehnt als durch das Signifikanzniveau α vorgegeben. Man verhält sich konservativ und begünstigt die Annahme der Nullhypothese.

Im Allgemeinen wird eine Nullhypothese erst dann verworfen, wenn die Irrtumswahrscheinlichkeit p kleiner oder gleich 5 % oder sogar kleiner oder gleich 1 % ist. Diesen Grenz- oder Schwellenwert bezeichnet man als alpha-Fehler-Niveau oder Signifikanzniveau. Die Wahl des alpha-Fehler-Niveaus erfolgt vor Beginn der Untersuchung und hängt davon ab, wie gravierend die Folgen einer Fehlentscheidung zu Gunsten der Alternativhypothese wären. In der vorliegenden Untersuchung wurden die Ergeb-

nisse dann als signifikant angesehen, wenn das alpha-Fehler-Niveau p kleiner 0,05 betrug (Backhaus 2011; Bortz 2009; Krentz 2006).

4 Ergebnisse

Der erste Teil dieses Kapitels gibt einen kurzen Überblick über die perioperativen Intensivtherapiestationen des Universitätsklinikums Rostock, auf welchen die befragten Patienten behandelt wurden.

Anschließend erfolgt die Vorstellung des untersuchten Patientenkollektivs und des befragten Personals, sowie die Darstellung der ermittelten client-professional-gaps auf der Intensivstation.

Im letzten Teil des Kapitels werden die Ergebnisse der offenen Fragen, sowie die ermittelte Rangfolge der Wichtigkeit verschiedener Aspekte bezüglich der Intensivbehandlung vorgestellt.

4.1 Allgemeines

Das Universitätsklinikum Rostock AÖR (Anstalt des öffentlichen Rechts) verfügt über drei perioperative Intensivtherapiestationen (PIT 1-3) mit insgesamt 36 Betten unter der Leitung der Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie. Die drei Stationen, PIT 1 und PIT 2/3, verfügen über jeweils 18 Betten, davon 15 Intensivtherapie- und drei Intermediate Care (IMC).

Pro Jahr werden dort ungefähr 3000 Patienten (im 3-Schicht-System) behandelt. Hierzu zählen sowohl Intensivtherapie-pflichtige Patienten aller operativen Fachrichtungen des Universitätsklinikums, als auch anästhesiologische, neurologische und internistische Patienten.

4.2 Patientenkollektiv

In die Studie eingeschlossen wurden ursprünglich 172 konsekutiv mögliche Patienten, von denen 76 (44,2 %) aufgrund der nachfolgend genannten Kriterien von der Befragung ausgeschlossen wurden.

39 (51,3 %) der 76 Patienten lehnten die Teilnahme an der Studie ab, 24 (31,6 %) waren akut verwirrt, bei 9 (11,8 %) Patienten gelang es nicht,

sie in den ersten 7 Tagen nach Verlegung auf die Allgemeinstation zu kontaktieren und 4 (5,3 %) Patienten verstanden nicht ausreichend deutsch.

Des Weiteren waren 14 (14,6 %) der 96 zurückgegebenen Fragebögen nicht vollständig ausgefüllt, das heißt sie beinhalteten mehr als drei unbeantwortete Likert-Items.

Um dem Leser die Möglichkeit zu geben, sich ein Bild von den rekrutierten Patienten zu machen, werden im Folgenden die Ergebnisse der wichtigsten soziometrischen und klinischen Daten aufgeführt.

Von den verbliebenen 82 Patienten, deren Fragebögen in die Untersuchung eingingen, waren 34 (41,5 %) weiblich und 48 (58,5 %) männlich.

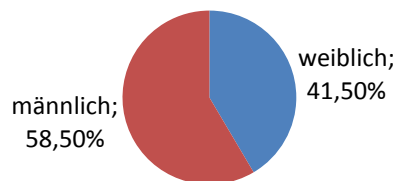


Diagramm 4-1: **Geschlechterverteilung**

Die Patienten waren zwischen 25 und 83 Jahren alt, ihr mittleres Alter (mean) betrug 61,87 Jahre, der Median betrug 63,00 Jahre.

Sie verbrachten im Mittel 4,07 (1-39) Tage auf der Intensivstation (Median: 2,00) und wurden im Mittel 33,40 (0-687) h (Median: 6,50 h) künstlich beatmet.

56 (68,3 %) der 82 befragten Patienten lebten in einer festen Partnerschaft oder Ehe, 17 (20,7 %) lebten alleine, 6 (7,3 %) Patienten waren ledig und 3 (3,7 %) machten keine Angaben zum **Familienstand**.

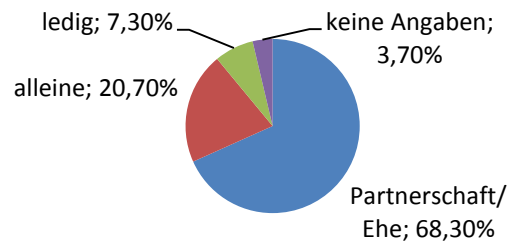


Diagramm 4-2: **Familienstand**

33 (40,2 %) der 82 befragten Patienten hatten einen Hauptschulabschluss, 22 (26,8 %) einen Realschulabschluss, 21 (25,6 %) Patienten hatten Abitur. Zwei (2,4 %) Patienten hatten keinen **Schulabschluss** und vier (4,9 %) machten diesbezüglich keine Angaben.

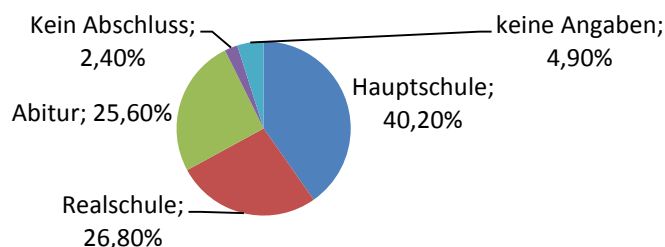


Diagramm 4-3: **Schulabschluss**

Seitens der Berufsausbildung sah die Verteilung wie folgt aus:

28 (34,1 %) der 82 Befragten gaben an, eine Lehre absolviert zu haben, 24 (29,3 %) sogar eine Meisterprüfung. 18 (21,9 %) Patienten hatten einen Hochschulabschluss, 8 (9,8 %) hatten keinen Abschluss und 4 (4,9 %) Patienten machten keine Angaben zur Berufsausbildung.

Bezüglich des **Berufsstandes** sah die Verteilung folgendermaßen aus: 49 (59,8 %) der befragten Patienten waren Rentner, 21 (25,6 %) waren berufstätig, ein (1,2 %) Patient war Student, 8 (9,8 %) waren arbeitslos. Die übrigen 3 (3,6 %) Patienten machten keine Angaben bezüglich ihres Berufsstandes.

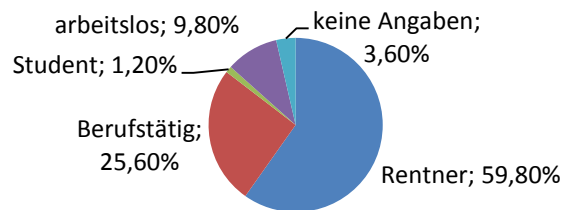


Diagramm 4-4: **Berufsstand**

Die Verteilung der behandelten Patienten auf die einzelnen **Fachbereiche** war wie folgt:

Kardiochirurgie (KCH): 34 (41,5 %) Patienten, Abdominalchirurgie (ACH): 27 (32,9 %) Patienten, Unfallchirurgie (UCH)/Orthopädie (OUK): 11 (13,4 %) beziehungsweise 6 (7,5 %) Patienten und Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie/Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (MKG/HNO): 4 (4,9 %) Patienten.

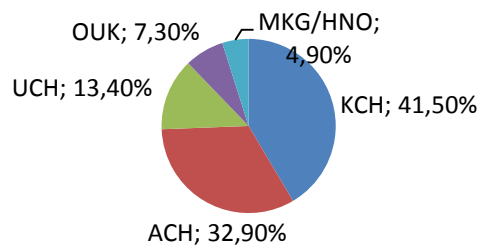


Diagramm 4-5: **Medizinische Fachbereiche**

35 (42,7 %) der 82 befragten Patienten unterzogen sich einer elektiven Operation. Dringlich operiert werden mussten 21 (25,6 %) Patienten, bei 24 (29,3 %) (Patienten) bestand sogar die **Indikation** zur Notoperation. Zwei (2,4 %) Patienten wurden nicht operiert. Da diese zur weiteren Behandlung aber auf die kardiochirurgische Station verlegt wurden, wurden sie dem kardiochirurgischen Fachbereich (s. o.) zugeordnet.

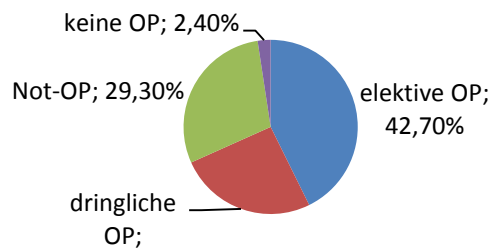


Diagramm 4-6: **Operationsindikation**

Die **Vorerkrankungen** der befragten Patienten unterteilten sich wie folgt:

	Anzahl der Patienten	%
Koronare Herzkrankheit	30 /82	36,6
Z. n. Myocardinfarkt	17/82	20,7
Herzinsuffizienz	11/82	13,4
Arterielle Hypertonie	52 /82	63,4

Tabelle 4-1: **Kardiale Vorerkrankungen**

	Anzahl der Patienten	%
COPD	10/82	12,2
Pulmonale Restriktion	4/82	4,9

Tabelle 4-2: **Pulmonale Vorerkrankungen**

	Anzahl der Patienten	%
NIDDM	19/82	23,2
IDDM	4/82	4,9
Malignom	16/82	19,5
Niereninsuffizienz	20/82	24,4
Manifeste Depression	1/82	1,2
Immunsuppression	1/82	1,2
Lebererkrankungen	4/82	4,9
Chron. Schmerzsyndrom	3/82	3,7
Apoplex ohne Residuen	2/82	2,4

Tabelle 4-3: **Sonstige Vorerkrankungen**

	Anzahl der Patienten	%
Angina pectoris	9/82	11
Kardiale Dekompensation	7/82	8,5
Blutzuckerentgleisung	4/82	4,9
Elektrolytentgleisung	10/82	12,2
Polytrauma	4/82	4,9
Darm-OP ohne Stomaanlage	3/82	3,7
Darm-OP mit Stomaanlage	8/82	9,8
Akute Dyspnoe	6/82	7,3
Blutung	8/82	9,8
Gerinnungsstörung	3/82	3,7
Akutes Nierenversagen	4/82	4,9
Leberversagen	1/82	1,2
Sepsis	5/82	6,1
Sonstige,	41/82	50

wie beispielsweise: retrogastraler Abszess, Tachykardie, akuter Gefäßverschluss, Peritonitis, Delir, Endokarditis, Ileus, Rhabdomyolyse.

Tabelle 4-4: **Aktuelle Erkrankungen**

4.2.1 Patienten und Erwartungen

63 (76,8 %) der 82 befragten Patienten hatten vor ihrem aktuellen Intensivaufenthalt bereits bestimmte Vorstellungen und damit verbundene Erwartungen von der Intensivstation.

Von diesen 63 Patienten wurden 36 (57,1 %) bereits auf einer Intensivstation behandelt, 6 (9,5 %) Patienten hatten Erfahrungen als Besucher gesammelt, bei 15 (23,8 %) Patienten resultierten die Vorstellungen aus Berichten von Bekannten oder aus Fernsehreportagen. 6 (9,5 %) Patienten erinnerten sich nicht mehr daran, woher ihre Vorstellungen stammten. Die Erwartungen wurden bei 49 (77,8 %) von 63 Patienten übertroffen, davon machten 21 (42,9 %) Patienten viel bessere Erfahrungen mit der Behandlung auf der Intensivstation, 28 (57,1 %) etwas bessere als erwartet.

Bei 6 (9,5 %) der 63 Patienten konnten die Erwartungen jedoch nicht erfüllt werden. Von diesen 6 Patienten machten 5 (83,3 %) etwas schlechtere Erfahrungen mit der Intensivstation als erwartet, einer (16,7 %) sogar viel schlechtere.

Die übrigen 8 (12,7 %) Patienten machten keine konkreten Angaben hinsichtlich der Abweichungsrichtung ihrer Erwartungen.

4.2.2 Patienten und Zufriedenheit

Von den 82 befragten Patienten waren 80 (97,6 %) Patienten zufrieden mit der Behandlung auf der Intensivstation, davon 66 (82,5 %) völlig und 14 (17,5 %) immerhin weitestgehend. Lediglich 2 Patienten (2,4 %) waren überwiegend unzufrieden.

Dies entsprach einem Median von 4,00 und einem Mittelwert von 3,78 wobei "vier" dem bestmöglichen Wert im Sinne eines positiven Patientenempfindens entsprach.

4.3 Personal

Auf den drei perioperativen Intensivtherapiestationen waren zum Befragungszeitpunkt 120 Mitarbeiter (Pflegepersonal und Ärzte) beschäftigt, davon 98 (81,7 %) Pflegekräfte und 22 (18,3 %) Ärzte.

An der Befragung beteiligten sich 60 (50 %) Mitarbeiter, darunter 14 (23,3 %) Ärzte und 46 (76,7 %) Pflegekräfte.

Die Mitarbeiter wurden bezüglich ihrer Berufserfahrung befragt. Der Großteil der Befragten verfügte über eine mehrjährige Berufserfahrung.

Dies waren von 44 Pflegekräften 37 (84,1 %) mit mehr als 3 Jahren Berufserfahrung, nur 7 (15,9 %) konnten weniger als 3 Jahre nachweisen.

Auch unter den Ärzten dominierten diejenigen, die mehr als 3 Jahre Berufserfahrung vorzuweisen hatten, das heißt 10 (71,4 %) gegenüber 4 (28,6 %) mit weniger als 3 Jahren.

Zwei Mitarbeiter gaben keine Auskunft bezüglich der Dauer ihrer Berufserfahrung.

4.3.1 Personal und vermutete Patientenzufriedenheit

Von den 60 befragten Mitarbeitern waren lediglich vier (6,7 %) der Annahme, die Patienten wären mit der erfahrenen Behandlung auf der Intensivstation völlig zufrieden gewesen, 47 (78,3 %) gingen immerhin von einer weitestgehenden Zufriedenheit aus. Acht (13,3 %) Mitarbeiter waren dagegen der Meinung, die behandelten Patienten wären überwiegend unzufrieden gewesen, einer (1,7 %) ging sogar von einer völligen Unzufriedenheit der Patienten aus.

4.4 Client-professional-gaps

Im Rahmen der Auswertung der Befragung konnten bei 12 der 32 likert-skalierten Items client-professional-gaps (cp-gaps), Lücken zwischen dem Erleben der Patienten während ihres Aufenthaltes auf der Intensivstation und den Vermutungen des Personals bezüglich des Erlebten, ermittelt werden.

Diese client-professional-gaps bezogen sich auf sechs der zehn kommunikatorischen Items (C1, C4, C6, C7, C8, C9), auf fünf der 14 intrapersonalen (I3, I4, I8, I9, I14) sowie auf eines der sieben somatischen Items (S7). Somit wird deutlich, dass client-professional-gaps in allen untersuchten Dimensionen vorkommen, wobei die kommunikatorische mit 60 % (sechs von zehn kommunikatorischen Items wiesen ein cp-gap auf) am meisten betroffen ist.

Die entsprechenden Items werden im Folgenden tabellarisch aufgeführt. Im Anschluss erfolgt dann sowohl die ausführliche Darstellung der Aussagen der Patienten und des Personals in Textform, als auch die graphische Darstellung.

Tabelle 4-5: **Kommunikatorische Items mit client-professional-gaps**

C 1	Ich konnte mich mitteilen und hatte meistens das Gefühl, verstanden zu werden.
C 4	Ich habe mich gut über meine Situation informiert gefühlt.
C 6	Das Personal hat meine Intimsphäre, mein Schamgefühl ausreichend beachtet.
C 7	Ich bin meistens freundlich behandelt worden.
C 8	Ich kann mir Dinge oder Umstände vorstellen, die mir den Aufenthalt erleichtert hätten.
C 9	Man hat mir Mut gemacht.

Tabelle 4-6: **Intrapersonale Items mit client-professional-gaps**

I 3	Es hat mich stark beschäftigt, ob ich im Alltag oder im Beruf zukünftig noch zurechtkomme.
I 4	Ich hatte Vertrauen zum Personal und seinen Entscheidungen.
I 8	Ich habe Dinge gesehen, die eigentlich nicht sein konnten.
I 9	Ich hatte Angst oder Furcht.
I 14	Ich war wütend, aggressiv oder verärgert.

Tabelle 4-7: **Somatisches Item mit client-professional-gap**

S 7	Ich fühlte mich erschöpft, kraftlos, schlapp oder matt.
------------	---

Die Ergebnisse der im Folgenden aufgeführten **Aussagen der Patienten und des Personals zu den oben genannten 12 Items, die ein client-professional-gap aufweisen**, entsprechen den Ergebnissen nach Bias-Korrektur (s. Methodik S. 54). Ein Mittelwert von vier entspricht dem bestmöglichen Ergebnis im Sinne eines positiven Patientenempfindens, ein Mittelwert von eins dem negativsten Ergebnis im Sinne des Patientenempfindens.

„Ich konnte mich mitteilen und hatte meistens das Gefühl, verstanden zu werden.“ (C 1)

81 (98,8 %) der 82 befragten Patienten beantworteten diese Aussage.

60 (74,1 %) Patienten stimmten vollständig zu, 16 (19,8 %) weitgehend.

4 (4,9 %) Patienten stimmten mit dieser Aussage kaum überein, einer (1,2 %) sogar überhaupt nicht.

Der Mittelwert (MW) betrug 3,67, der ermittelte Median 4,00.

Die oben gemachte Aussage wurde von allen 60 (100 %) befragten Mitarbeitern bearbeitet.

Kein (0 %) Mitarbeiter war der Meinung, diese Aussage treffe für die Patienten vollständig zu. 25 (41,7 %) gingen davon aus, dass diese Aussage für die Patienten zumindest weitgehend zutraf. 31 (51,7 %) Mitarbeiter waren der Annahme, die behandelten Patienten konnten sich kaum mitteilen und fühlten sich wenig verstanden. 4 (6,6 %) gingen sogar davon aus, die Patienten hätten sich gar nicht mitteilen können und hätten auch nicht das Gefühl gehabt, verstanden zu werden.

Der korrigierte Mittelwert (MW) betrug 3,35, der korrigierte Median 3,00.

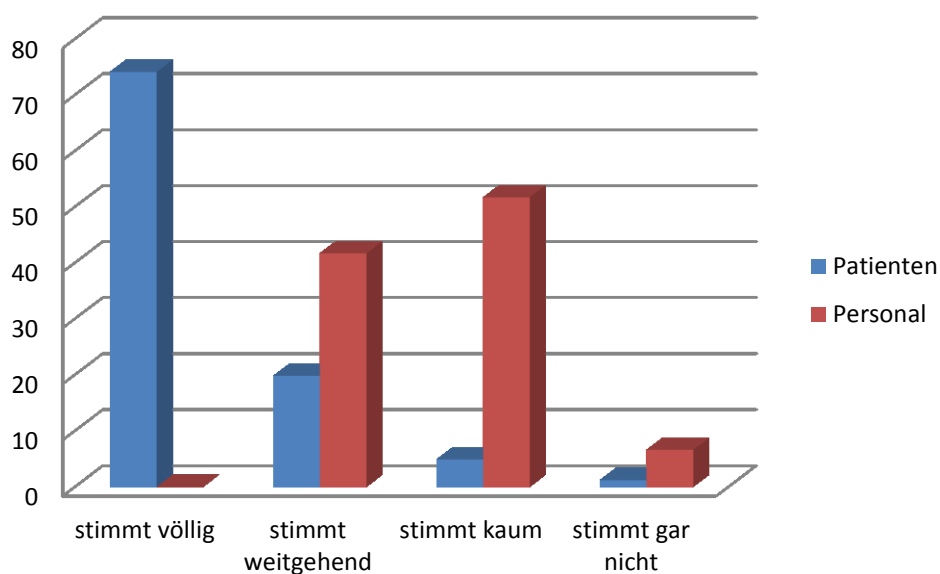


Diagramm 4-7: **„Ich konnte mich mitteilen und hatte meistens das Gefühl, verstanden zu werden.“**

„Ich habe mich gut über meine Situation informiert gefühlt.“ (C 4)

Von 82 befragten Patienten beschäftigten sich alle 82 (100 %) mit dieser Aussage.

58 (70,7 %) Patienten stimmten vollständig zu, sie fühlten sich während der Zeit auf der Intensivstation gut über ihre Situation informiert, 17 (20,7 %) Patienten weitgehend. 5 (6,2 %) Patienten dagegen fühlten sich nicht gut über ihre Situation informiert und 2 (2,4 %) Patienten sogar schlecht. Der errechnete Mittelwert betrug 3,60, der Median 4,00.

Bei den 60 befragten Mitarbeitern gab es keine Enthaltungen.

Kein (0 %) Mitarbeiter ging davon aus, dass sich die Patienten gut informiert fühlten, 21 (35 %) zumindest davon, dass diese Aussage für die Patienten weitgehend zutreffen würde. 30 (50 %) Mitarbeiter schätzten das Maß an Information für die Patienten als kaum ausreichend ein, 9 (15 %) waren sogar der Ansicht, die Aussage treffe für die Patienten gar nicht zu.

Der korrigierte Mittelwert betrug 3,20, der korrigierte Median 3,00.

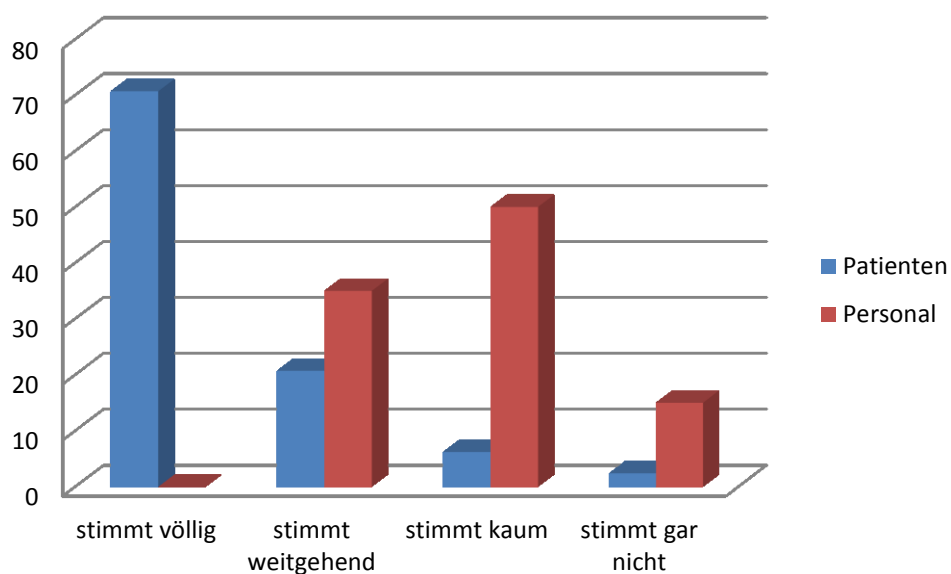


Diagramm 4-8: „Ich habe mich gut über meine Situation informiert gefühlt.“

„Das Personal hat meine Intimsphäre ausreichend beachtet.“ (C 6)

81 (98,8 %) der 82 befragten Patienten beantworteten die gestellte Aussage.

63 (77,8 %) stimmten vollständig zu, 13 (16 %) Patienten weitgehend. 3 (3,7 %) Probanden hatten hingegen kaum das Gefühl, dass ihre Intimsphäre gewahrt wurde, 2 (2,5 %) sogar überhaupt nicht.

Hier betrug der MW 3,69, der ermittelte Median 4,00.

Alle 60 (100 %) befragten Mitarbeiter beschäftigten sich mit dieser Aussage.

4 (6,7 %) gingen davon aus, dass die oben genannte Aussage für die befragten Patienten völlig zutraf, 17 (28,3 %) Mitarbeiter immerhin von einem weitgehenden Zutreffen. 28 (46,7 %) Mitarbeiter waren jedoch der Annahme, die Patienten hätten kaum den Eindruck gehabt, ihre Intimsphäre wäre ausreichend gewahrt worden, 11 (18,3 %) gingen sogar davon aus, die Patienten hätten diesen Eindruck überhaupt nicht gehabt.

Der korrigierte Mittelwert betrug 3,23, der korrigierte Median 3,00.

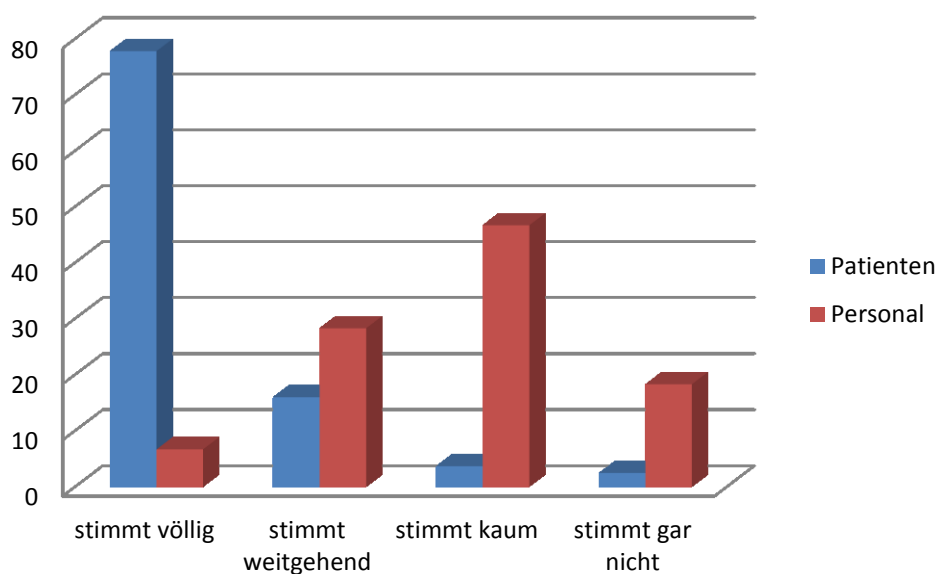


Diagramm 4-9: **„Das Personal hat meine Intimsphäre ausreichend beachtet.“**

„ Ich bin meistens freundlich behandelt worden.“ (C 7)

81 (98,8 %) der 82 befragten Patienten beantworteten diese Aussage.

69 (85,2 %) stimmten uneingeschränkt zu, 11 (13,6 %) empfanden die Behandlung als überwiegend freundlich. Ein (1,2 %) Patient hatte jedoch nicht das Gefühl, überwiegend freundlich behandelt worden zu sein. Keiner (0 %) der befragten Patienten fühlte sich ganz und gar unfreundlich behandelt.

Aus den ermittelten Werten ergab sich ein Mittelwert von 3,84 und ein Median von 4,00.

Von den 60 befragten Mitarbeitern beantworteten alle 60 (100 %) die gemachte Aussage.

11 (18,3 %) Mitarbeiter gingen davon aus, die Patienten hätten das Gefühl gehabt, überwiegend freundlich behandelt worden zu sein, 45 (75 %) davon, dies wäre für die Patienten zumindest weitgehend der Fall gewesen. 4 (6,7 %) Mitarbeiter waren jedoch der Ansicht, die befragten Patienten hätten kaum das Gefühl gehabt, überwiegend freundlich behandelt worden zu sein, keiner (0 %) war jedoch der Meinung, die Aussage treffe für die Patienten überhaupt nicht zu.

Hieraus ergab sich nach Bias-Korrektur ein Mittelwert von 4,12 sowie ein Median von 4,00.

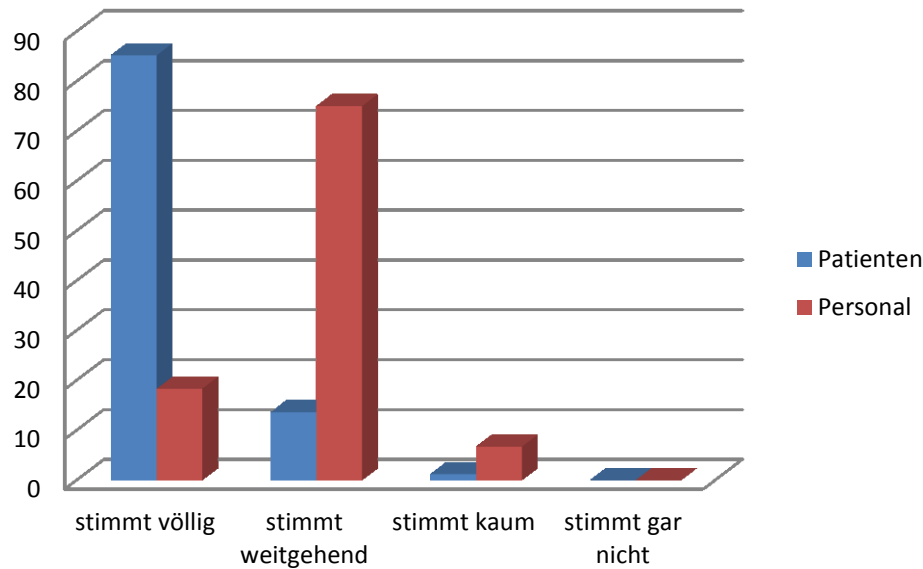


Diagramm 4-10: „Ich bin meistens freundlich behandelt worden.“

„Ich kann mir Dinge oder Umstände vorstellen, die mir den Aufenthalt erleichtert hätten.“ (C 8)

78 (95,1 %) der 82 befragten Patienten beantworteten diese Aussage.

16 (20,5 %) Patienten konnten sich durchaus Dinge oder Umstände vorstellen, die ihnen den Aufenthalt auf der Intensivstation erleichtert hätten, für 8 (10,3 %) weitere Patienten traf diese Aussage weitgehend zu. 12 (15,4 %) Patienten konnten sich kaum Dinge oder Umstände vorstellen, die ihnen den Aufenthalt auf der Intensivstation erleichtert hätten, 42 (53,8 %) sogar überhaupt keine.

Der Mittelwert betrug 3,03, der Median 3,00.

Alle 60 (100 %) befragten Mitarbeiter beantworteten diese Aussage, wobei 36 (60 %) davon ausgingen, dass es aus Sicht der Patienten durchaus Dinge gegeben hätte, die ihnen den Aufenthalt erleichtert hätten. 20 (33,3 %) Mitarbeiter waren der Ansicht, die Aussage treffe für die Patienten zumindest weitgehend zu. Nur 4 (6,7 %) Mitarbeiter waren der Meinung, die Patienten hätten sich kaum derartige Dinge oder Umstände vorstellen

können, keiner (0 %) ging jedoch davon aus, dass es aus Sicht der befragten Patienten überhaupt keine derartigen Dinge gegeben hätte. Der korrigierte Mittelwert betrug 2,47, der korrigierte Median 2,00.

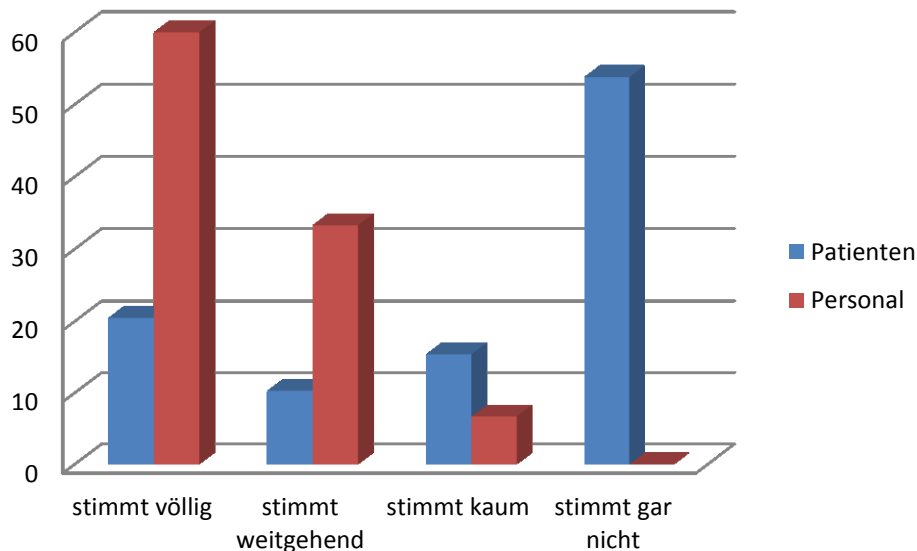


Diagramm 4-11: „Ich kann mir Dinge oder Umstände vorstellen, die mir den Aufenthalt erleichtert hätten.“

„Man hat mir Mut gemacht.“ (C 9)

Von 82 befragten Patienten beurteilten 79 (96,3 %) diese Aussage. 41 (51,9 %) Patienten stimmten vollständig zu, sie fühlten sich ermutigt durch das Personal auf der Intensivstation, 20 (25,3 %) Patienten stimmten weitgehend zu. 13 (16,5 %) Patienten hatten dagegen selten das Gefühl, dass ihnen Mut gemacht wurde, 5 (6,3 %) hatten dieses Gefühl sogar nie.

Aus den ermittelten Werten ließ sich ein MW von 3,23 berechnen, der Median betrug 3,50.

Alle 60 (100 %) befragten Mitarbeiter beantworteten diese Aussage. 12 (20 %) waren der Meinung, die Patienten hätten häufig das Gefühl gehabt, ihnen wäre durch das Personal Mut zugesprochen worden,

33 (55 %) Mitarbeiter gingen immerhin davon aus, die Patienten hätten sich häufig ermutigt gefühlt.

14 (23,3 %) Mitarbeiter waren dagegen der Ansicht, die Patienten hätten selten das Gefühl gehabt, ihnen wäre Mut zugesprochen worden, einer (1,7 %) ging sogar davon aus, die Patienten hätten sich nie ermutigt gefühlt.

Hieraus wurde nach Korrektur ein Mittelwert von 3,93 und ein Median von 4,00 ermittelt.

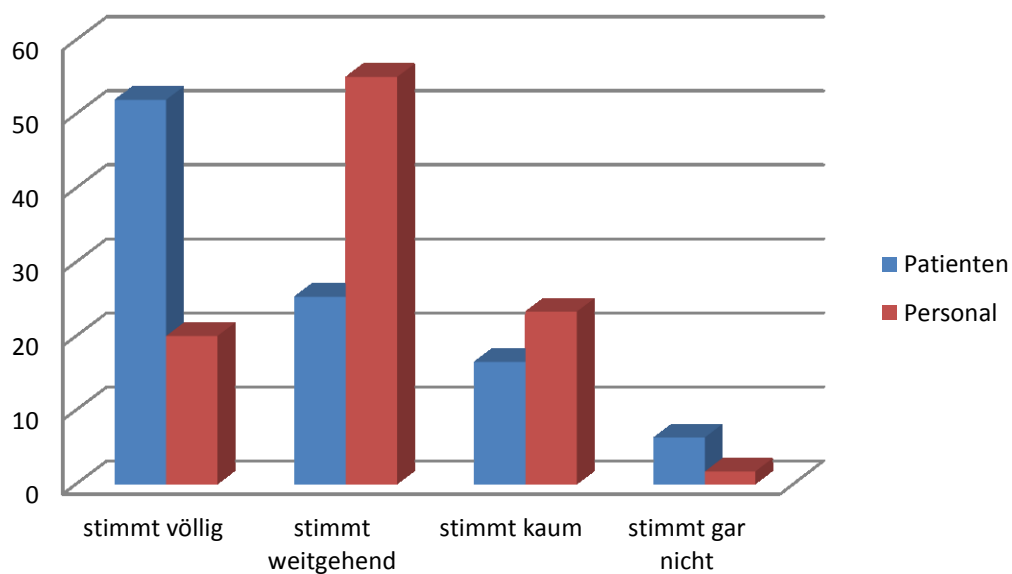


Diagramm 4-12: „Man hat mir Mut gemacht.“

„Es hat mich stark beschäftigt, ob ich im Alltag oder im Beruf zukünftig zurechtkomme.“ (I 3)

79 (96,3 %) der 82 befragten Patienten beschäftigten sich mit dieser Aussage.

26 (32,9 %) Patienten gaben an, dass es sie stark beschäftigt hätte, ob sie in Zukunft im Alltag oder im Beruf zurechtkommen würden, für 16 (20,3 %) traf diese Aussage weitgehend zu. Für 18 (22,8 %) Patienten spielte es zu diesem Zeitpunkt kaum eine Rolle, 19 (24 %) gaben an, sich mit der Frage nicht beschäftigt zu haben.

Der Mittelwert betrug 2,38, der Median 2,00.

59 (98,3 %) der 60 befragten Mitarbeiter antworteten auf diese Aussage. 16 (27,1 %) Mitarbeiter vermuteten, die Patienten hätte es sehr beschäftigt, ob sie im Alltag oder im Beruf wieder zurechtkommen würden, 28 (47,5 %) gingen davon aus, dies hätte die befragten Probanden beschäftigt. 13 (22 %) Mitarbeiter waren der Ansicht, die Patienten hätte es zu diesem Zeitpunkt kaum beschäftigt, ob sie in Zukunft im Alltag oder im Beruf wieder zurechtkommen würden, 2 (3,4 %) gingen davon aus, diese Frage hätte die Patienten gar nicht beschäftigt.

Der korrigierte Mittelwert betrug 3,02, der korrigierte Median 3,00.

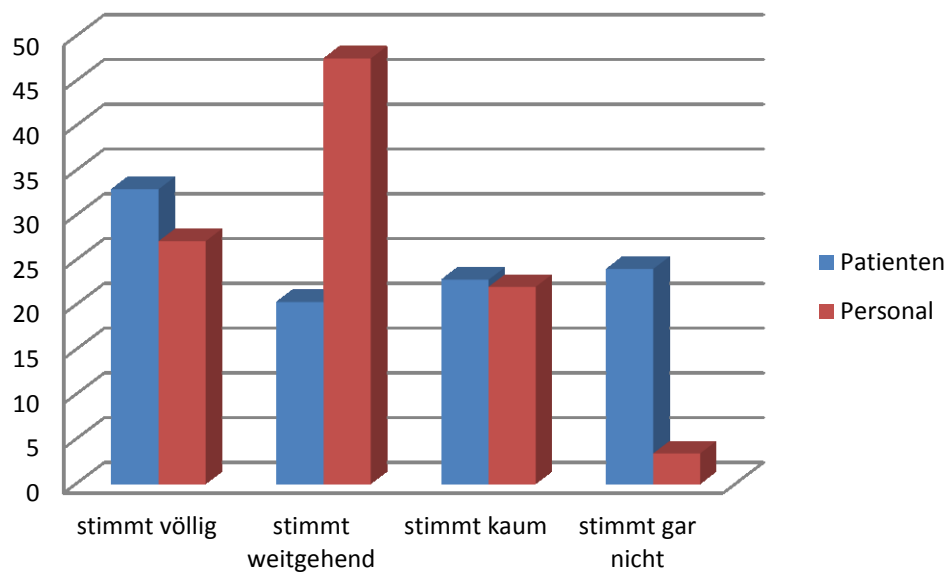


Diagramm 4.13: „Es hat mich stark beschäftigt, ob ich im Alltag oder im Beruf zukünftig zurechtkomme.“

„Ich hatte Vertrauen zum Personal und seinen Entscheidungen.“ (I 4)

Alle 82 (100 %) befragten Patienten beantworteten diese Aussage.

80 (97,6 %) Patienten hatten Vertrauen zum Personal und dessen Entscheidungen, wovon 61 (74,4 %) der Aussage völlig zustimmten, 19 (23,2 %) weitgehend. 2 (2,4 %) Patienten hatten kaum/wenig Vertrauen, bei keinem (0 %) Probanden fehlte es jedoch völlig.

Der aus den vorliegenden Werten berechnete Mittelwert war 3,72, der Median 4,00.

Alle 60 (100 %) befragten Mitarbeiter bearbeiteten die oben gemachte Aussage.

16 (26,7 %) waren der Meinung, die Patienten hätten volles Vertrauen zu ihnen und ihren Entscheidungen gehabt, 38 (63,3 %) Mitarbeiter gingen davon aus, diese Aussage hätte für die Patienten zumindest weitgehend zugetroffen. 6 (10 %) Mitarbeiter waren jedoch der Annahme, die Patienten hätten kaum Vertrauen zu ihnen und ihren Entscheidungen gehabt, keiner (0 %) verneinte dies jedoch gänzlich. Der korrigierte Mittelwert betrug 4,17, der Median nach Bias-Korrektur 4,00.

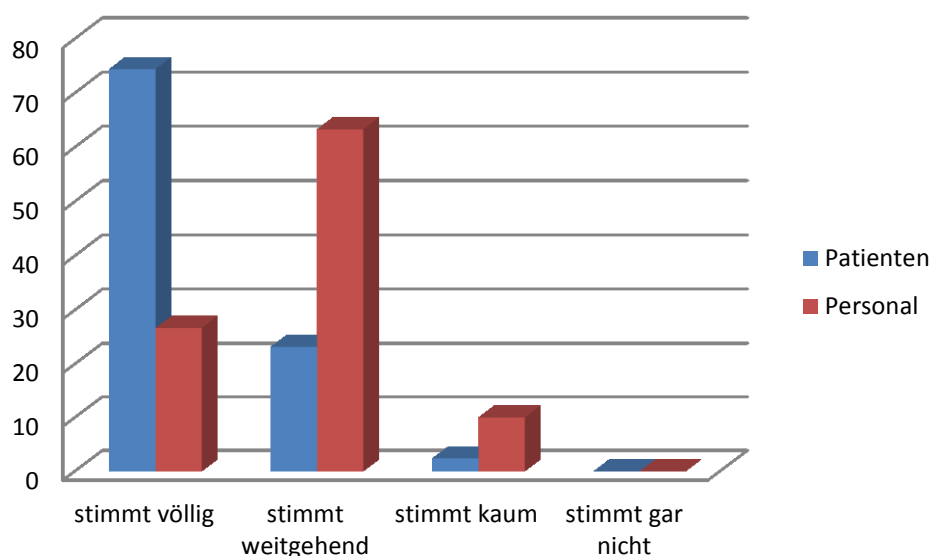


Diagramm 4-14: **„Ich hatte Vertrauen zum Personal und seinen Entscheidungen.“**

„Ich habe Dinge gesehen, die eigentlich nicht sein konnten.“ (I 8)

81 (98,8 %) der 82 befragten Patienten beantworteten die Aussage.

58 (71,6 %) Patienten gaben an, keine derartigen Dinge gesehen zu haben, 6 (7,4 %) erlebten dieses Phänomen selten. 8 (9,9 %) Patienten sagten jedoch, sie hätten häufig Dinge gesehen, die eigentlich nicht sein konnten, 9 (11,1 %) sahen derartige Dinge sogar sehr häufig.

Der berechnete Mittelwert betrug 3,40, der Median 4,00.

Alle 60 (100 %) befragten Mitarbeiter beschäftigten sich mit dieser Aussage.

Ein (1,7 %) Mitarbeiter war der Annahme, die Patienten hätten keine Dinge gesehen, die eigentlich nicht sein konnten, 14 (23,3 %) meinten, dies wäre selten der Fall gewesen. 34 (56,7 %) Mitarbeiter vermuteten jedoch, die Patienten hätten häufig Dinge gesehen, die eigentlich nicht sein konnten, 11 (18,3 %) gingen davon aus, dies wäre sehr häufig der Fall gewesen.

Hierbei betrug der korrigierte Mittelwert 3,08, der Median nach Korrektur 3,00.

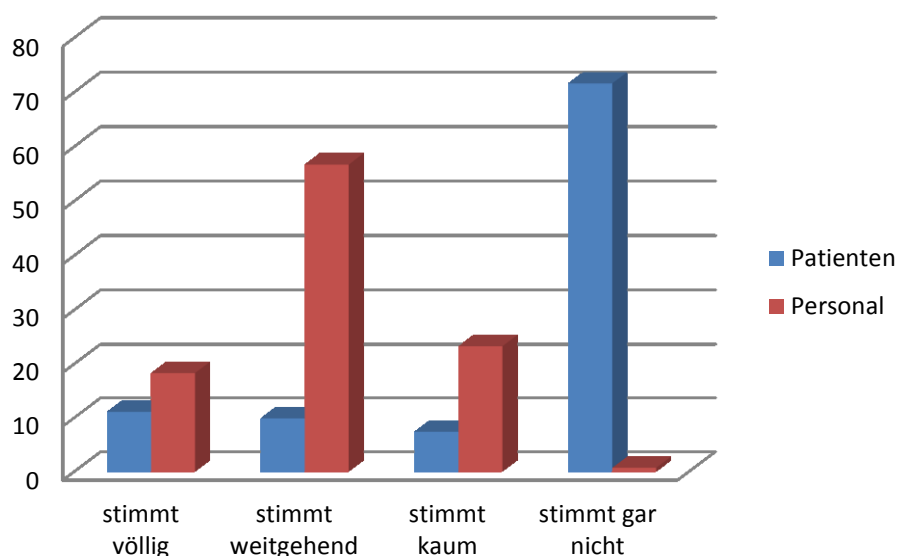


Diagramm 4-15: **„Ich habe Dinge gesehen, die eigentlich nicht sein konnten.“**

„Ich hatte Angst oder Furcht.“ (I 9)

Von 82 befragten Patienten äußerten sich 81 (98,8 %) zu dieser Aussage. 48 (59,3 %) Patienten hatten nie das Gefühl von Angst oder Furcht während des Aufenthaltes auf der Intensivstation, 11 (13,6 %) hatten selten Angst. 15 (18,5 %) Patienten dagegen hatten dieses Gefühl häufig, 7 (8,6 %) gaben sogar an, während der Zeit auf der Intensivstation sehr oft Angst gehabt zu haben.

Der aus diesen Werten errechnete Mittelwert betrug 3,23, der Median 4,00.

Alle 60 (100 %) befragten Mitarbeiter bearbeiteten diese Aussage. Keiner (0 %) war der Ansicht, die Patienten hätten nie Angst gehabt während ihrer Zeit auf der Intensivstation, nur 2 (3,4 %) Mitarbeiter waren der Meinung, die Patienten hätten selten das Gefühl von Angst verspürt. 25 (41,6 %) Mitarbeiter gingen hingegen davon aus, die Patienten hätten häufig Angst oder Furcht empfunden, 33 (55 %) sogar davon, dass dies sehr häufig der Fall gewesen wäre. Der korrigierte Mittelwert betrug 2,48, der Median 2,00.

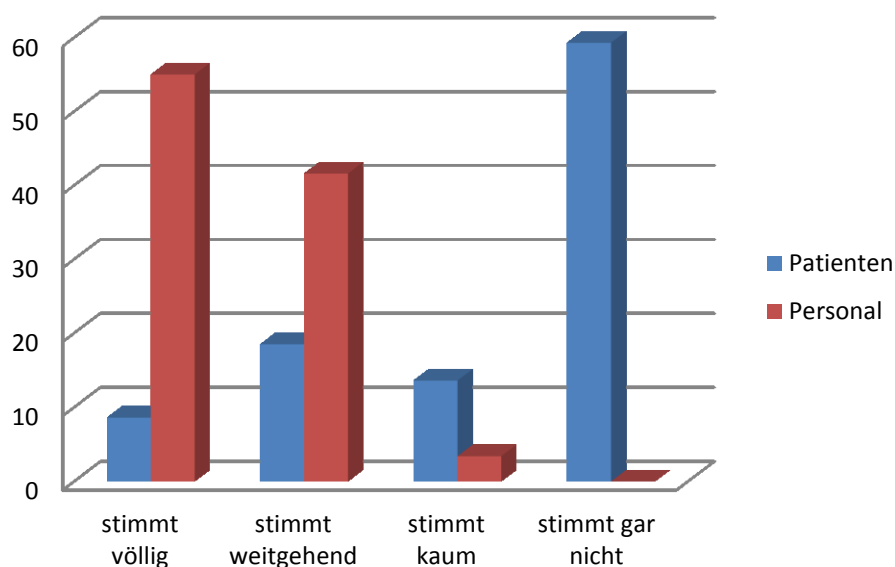


Diagramm 4-16: „Ich hatte Angst oder Furcht.“

„Ich war wütend, aggressiv oder verärgert.“ (I 14)

81 (98,8 %) der 82 befragten Patienten beantworteten die obige Aussage. 65 (80,2 %) Patienten verspürten weder Wut noch Ärger oder Aggression während des Aufenthalts auf der Intensivstation, 10 (12,3 %) hatten diese Gefühle selten. 4 (5 %) Patienten gaben an, häufig Wut, Ärger oder Aggression verspürt zu haben, zwei (2,5 %) waren sogar sehr oft wütend oder verärgert.

Der Mittelwert betrug 3,70, der Median 4,00.

Alle 60 (100 %) befragten Mitarbeiter beschäftigten sich mit dieser Aussage.

Lediglich ein (1,7 %) Mitarbeiter war der Annahme, die Patienten wären nie wütend, aggressiv oder verärgert gewesen, 30 (50 %) meinten, die genannten Gefühle wären bei den Befragten selten aufgetreten. 24 (40 %) Mitarbeiter vermuteten dagegen, die Patienten hätten dieses Gefühl häufig gehabt, 5 (8,3 %) sogar, es wäre sehr häufig aufgetreten.

Hieraus ergab sich nach Biaskorrektur ein Mittelwert von 3,45 sowie ein Median von 4,00.

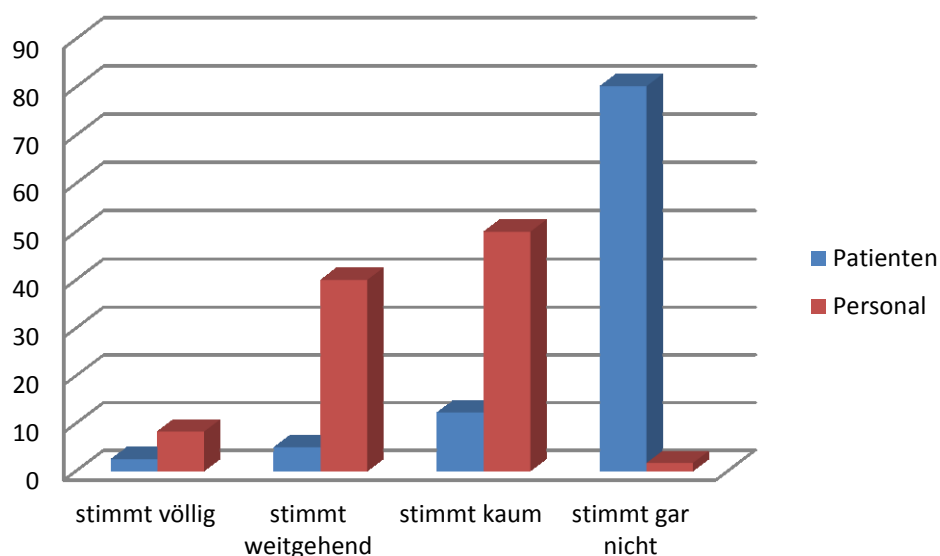


Diagramm 4-17: „Ich war wütend, aggressiv oder verärgert.“

„Ich fühlte mich erschöpft, kraftlos, schlapp oder matt.“ (S 7)

Von 82 befragten Patienten beantworteten 79 (96,3 %) diese Aussage. 53 (67,1 %) fühlten sich erschöpft, kraftlos, schlapp oder matt, wovon 29 (36,7 %) Patienten dieses Gefühl sehr häufig hatten, weitere 24 (30,4 %) immerhin häufig. 21 (26,6 %) Patienten hatten dieses Gefühl selten, die übrigen 5 (6,3 %) nie.

Hieraus ließ sich ein Mittelwert von 2,03 und ein Median von 2 berechnen.

Von den 60 befragten Mitarbeitern bearbeiteten alle 60 (100 %) diese Aussage.

26 (43,3 %) waren der Meinung, die Patienten hätten das oben beschriebene Gefühl der Erschöpfung während des Aufenthaltes auf der Intensivstation sehr häufig erlebt, 29 (48,4 %) Mitarbeiter gingen davon aus, die Befragten hätten sich häufig erschöpft, kraftlos, schlapp oder matt gefühlt. Lediglich 5 (8,3 %) Mitarbeiter vermuteten, dieses Gefühl hätte für die Patienten selten eine Rolle gespielt. Keiner (0 %) war jedoch der Meinung, es wäre nie aufgetreten.

Der korrigierte Mittelwert betrug 2,65, der korrigierte Median 3,00.

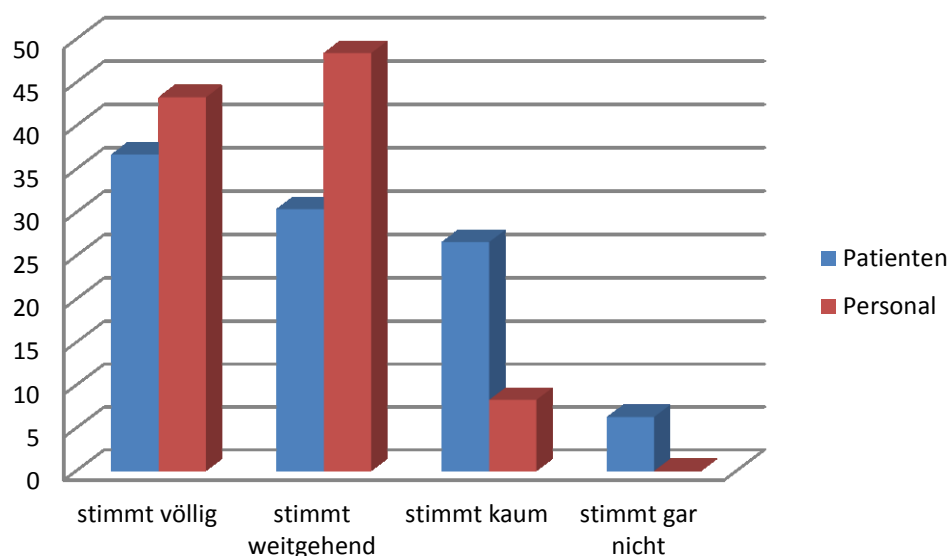


Diagramm 4-18 : „Ich fühlte mich erschöpft, kraftlos, schlapp oder matt.“

4.4.1 Zusammenfassende Beurteilung der client-professional-gaps

Bei fünf der 12 ermittelten client-professional-gaps handelte es sich um „blind spots“, was bedeutet, das Personal unterschätzte hier die Belastung für die Patienten während des Aufenthaltes auf der Intensivstation beziehungsweise schätzte die Wirkung seines Handelns positiver ein als die Patienten dies empfunden haben.

Diese client-professional-gaps bezogen sich auf die beiden kommunikativen Items C7 und C9, sowie die beiden intrapersonalen Items I3 und I4 und das somatische Item S7.

Die betreffenden Items werden im Folgenden noch einmal zusammenfassend aufgeführt:

Tabelle 4-8: **Blind Spots**

C 7	Ich bin meistens freundlich behandelt worden.
C 9	Man hat mir Mut gemacht.
I 3	Es hat mich stark beschäftigt, ob ich im Alltag oder im Beruf zukünftig noch zurechtkomme.
I 4	Ich hatte Vertrauen zum Personal und seinen Entscheidungen.
S 7	Ich fühlte mich erschöpft, kraftlos, schlapp oder matt.

Im Rahmen der sieben übrigen client-professional-gaps wurde die Belastung des Intensiv Aufenthaltes, beziehungsweise mögliche Probleme, die für die Patienten mit dem Aufenthalt auf der Intensivstation zusammenhängen könnten, vom Personal überbewertet.

Dies bezog sich auf die vier kommunikatorischen Items C 1, C 4, C 6 und C 8, sowie die drei intrapersonalen Items I 8, I 9 und I 14.

Die betreffenden Items werden nachfolgend ebenfalls noch einmal zusammenfassend aufgeführt:

Tabelle 4-9: **Hyperattentions**

C 1	Ich konnte mich mitteilen und hatte meistens das Gefühl, verstanden zu werden.
C 4	Ich habe mich gut über meine Situation informiert gefühlt.
C 6	Das Personal hat meine Intimsphäre ausreichend beachtet.
C 8	Ich kann mir Dinge oder Umstände vorstellen, die mir den Aufenthalt erleichtert hätten.
I 8	Ich habe Dinge gesehen, die eigentlich nicht sein konnten.
I 9	Ich hatte Angst oder Furcht.
I 14	Ich war wütend, aggressiv oder verärgert.

4.4.2 Der Einfluss der Behandlungsintensität auf die ermittelten client-professional-gaps

Mittels der durchgeführten Faktorenanalyse konnte festgestellt werden, dass ausschließlich die Dauer des Aufenthaltes auf der Intensivstation für das Ausmaß der Behandlungsintensität verantwortlich war.

Vier der 12 ermittelten client-professional-gaps korrelierten signifikant mit der Behandlungsdauer. Diese gaps beziehen sich auf die in der nachfolgenden Tabelle dargestellten Items C 9, I 3, I 8 und I 9.

Tabelle 4-10: **Behandlungsintensität und Client-professional-gaps**

C 9	Man hat mir Mut gemacht.
I 3	Es hat mich stark beschäftigt, ob ich im Alltag oder im Beruf zukünftig noch zurechtkomme.
I 8	Ich habe Dinge gesehen, die eigentlich nicht sein konnten.
I 9	Ich hatte Angst oder Furcht.

Es zeigte sich, dass die Patienten mit zunehmender Liegedauer auch verstärkt unter optischen Halluzinationen (I 8) und zunehmender Angst (I 9) litten. Dieser Zusammenhang wird als negative Korrelation bezeichnet.

Andererseits wurde den Patienten laut eigener Aussage aber auch vermehrt Mut gemacht (C 9), so dass hier von positiver Korrelation gesprochen wird.

Da sich die Patienten mit zunehmender Liegedauer vermehrt Gedanken darüber machten, ob sie im Alltag oder im Beruf zukünftig noch zurechtkommen werden (I 3), handelt es sich hierbei wiederum um eine negative Korrelation.

4.4.3 Der Einfluss des Berufes (Arzt oder Pflegepersonal) und der Berufserfahrung auf die Aussagen des Personals

Interessanterweise hatten weder die Profession – Arzt oder Pflegeperson – noch die Dauer der Berufserfahrung Einfluss auf die Einschätzungen des Personals bezüglich des Erlebens der Patienten während ihres Aufenthaltes auf der Intensivstation.

4.4.4 Binäre Items und client-professional-gaps

Die binären Items wurden nur dann analysiert, wenn das entsprechende Likert-Item einen signifikanten Unterschied zwischen den Aussagen der Patienten und den Annahmen des Personals aufwies.

So zeigte sich, dass von den fünf Likert-Items, die durch eine unterschiedliche Anzahl an binären (dichotomen) Items näher beschrieben wurden (s. Kapitel 3), zwei ein client-professional-gap aufwiesen. Dies war zum einen das Item C 4 ("Ich habe mich gut über meine Situation informiert gefühlt") und zum anderen das Item C 8 ("Ich kann mir Dinge oder Umstände vorstellen, die mir den Aufenthalt erleichtert hätten").

Im Mittel wurden die binären Items zu C 4 von vier der 82 befragten Patienten gewählt, der Median betrug 3 (2-8). Im Gegensatz dazu wurden die genannten Items im Mittel von 19,8 der 60 befragten Mitarbeiter gewählt, wobei der Median 17 (4-53) betrug.

Ähnlich verhielt sich die Verteilung bei dem Item C 8. Hier wurden die zugehörigen binären Items im Mittel von 7 der 82 befragten Patienten gewählt, wobei der Median 6 (1-18) betrug. Von den befragten Mitarbeitern wählten im Mittel 31,1 von 60 binäre Items aus, der Median betrug hierbei 33 (4-56).

Daraus lässt sich erkennen, dass jedes der neun beziehungsweise sieben binären Items von signifikant mehr Mitarbeitern gewählt wurde als von Patienten und dass insgesamt statistisch nachweislich mehr Mitarbeiter überhaupt ein binäres Item wählten.

Ich habe mich schlecht über meine Situation informiert gefühlt (C 4), denn:

Tabelle 4-11: **Binäre Items zu C 4**

Ich bekam mehr Informationen als ich wollte.
Ich erhielt falsche Informationen.
Es wurden mir Informationen verweigert.
Ich bekam zu wenige Informationen.
Die Informationen wurden zu leise gesprochen.
Ich musste mir jede Information selbst erfragen.
Die Informationen waren widersprüchlich.
Ich habe den Sinn der Informationen nicht verstanden.
Anderes, und zwar....

Ich kann mir Dinge oder Umstände vorstellen, die mir den Aufenthalt erleichtert hätten (C 8):

Tabelle 4-12: **Binäre Items zu C 8**

Radio, Fernsehen, eigene Musik-CDs etc.
Zeitungen, Zeitschriften, Bücher
Telefon
Computer/Internet
Flexible Besuchszeiten
Ruhe
Anderes, und zwar....

4.4.5 Offene Fragen

4.4.5.1 Patientenaussagen

Zu jedem binären Item, welches ein unspezifisches Likert-Item näher beschrieb, wurde im Anschluss an die vorgegebenen Antworten eine offene Frage gestellt, die den Patienten die Möglichkeit geben sollte, weitere Empfindungen, Erfahrungen und Wünsche zu äußern.

So machten sich zwei Patienten im Rahmen des Items C 4 ("Ich habe mich gut über meine Situation informiert gefühlt") beispielsweise Gedanken darüber, "wie es später weitergeht", sowie über mögliche soziale Probleme nach einer erfolgten Beinamputation. Desweiteren gab ein Patient an, erst auf Nachfrage eine ausreichende Antwort erhalten zu haben, ein anderer gab dagegen an, desinteressiert an jeglicher Information gewesen zu sein, da er sich "wie in Trance" befand.

Im Rahmen des Items C 8 ("Ich kann mir Dinge oder Umstände vorstellen, die mir den Aufenthalt erleichtert hätten") gab ein Patient an, sich eine bessere Information der Angehörigen gewünscht zu haben.

4.4.5.2 Personalaussagen

Auch die Mitarbeiter hatten im Anschluss an die jeweiligen binären Items die Möglichkeit, Anregungen, Wünsche und Kritik anzubringen.

So wurden im Rahmen des Items C 4 ("Ich habe mich gut über meine Situation informiert gefühlt") folgende Dinge aufgeführt:

Ein Mitarbeiter hatte den Eindruck, es würden zu wenige Gespräche zwischen Ärzten und Patienten stattfinden, ein anderer, die Patienten würden von den Ärzten kaum beachtet werden, beispielsweise würde nicht "Guten Tag" gewünscht werden, außerdem würde am Krankenbett über die Patienten "hinweg gesprochen" werden, was sie folglich nicht verstehen und was ihnen außerdem Angst mache. Einem anderen Mitarbeiter war aufgefallen, dass den Patienten gegenüber Floskeln wie "Alles wird gut"

verwendet wurden. Zudem würden die Patienten einige Informationen erst spät bekommen. So erkläre der Operateur beispielsweise erst am nächsten Tag, "was eigentlich genau operiert wurde". Zudem gäbe es zu viele verschiedene "Informationsquellen". Andererseits wurde auch bemerkt, dass die Patienten nicht nachfragen würden.

Bezüglich des Items C 8 ("Ich kann mir Dinge oder Umstände vorstellen, die mir den Aufenthalt erleichtert hätten") wurden seitens des Personals folgende Vorstellungen geäußert:

So waren persönliche Zuwendung, persönliche Dinge, wie beispielsweise eigene Waschutensilien, Zahnprothese und Brille, sowie falls möglich Nahrung von zuhause, beruhigende Musik, Düfte und Blumen Dinge, von denen das Personal annahm, sie hätten den Patienten die Zeit auf der Intensivstation eventuell erleichtern können. Außerdem wurde die Einhaltung der Nachtruhe, sowie ein dadurch möglicher Tag-Nacht-Rhythmus angesprochen. Die Mitarbeiter konnten sich zudem vorstellen, dass die Patienten einerseits von "leistungsfreien Zeiten", andererseits aber auch bei Bedarf von einer Beschäftigungstherapie profitieren würden. Für tracheotomierte Patienten wären moderne Kommunikationshilfsmittel sicherlich wünschenswert. Des Weiteren gaben einige Mitarbeiter an, dass die Patienten von ausgeruhtem, aufmerksamem, ausgeglichenem Personal ohne Frustration profitieren würden.

4.5 Ergebnisse der Kategorisierung

Im Anschluss an die binären Items wurden die Patienten gebeten, die nachfolgenden Kategorien nach ihrer Bedeutung zu ordnen, die diese für sie persönlich während der Behandlung auf der Intensivstation hatten. Analog dazu wurden die Mitarbeiter gebeten, ihre Vermutung bezüglich der Kategorisierung der Patienten zu äußern.

Folgende Kategorien wurden angeboten:

- 1) Kompetente, fachlich korrekte Behandlung
- 2) Gutes körperliches Empfinden
- 3) Positive Gedanken oder Emotionen
- 4) Guter Umgang des Personals mit dem Patienten.

Für 59 (72 %) Patienten stand eine kompetente, fachlich korrekte Behandlung an **erster Stelle**, wobei einige Patienten mehrere Kategorien als gleich wichtig ansahen. Zu einer kompetenten Behandlung zählten beispielsweise die richtige Behandlung der Erkrankung, eine rasche und wirkungsvolle Linderung von Beschwerden, das Erkennen von Komplikationen, sowie das Vermeiden von Fehlern.

Der Mittelwert betrug 3,55, der Median 4,00, die Standardabweichung 0,78, wobei vier dem bestmöglichen Wert entsprach.

Auch die Mitarbeiter schätzten eine kompetente, fachlich korrekte Behandlung als wichtigste Kategorie aus Patientensicht ein. 34 (56,7 %) Mitarbeiter waren dieser Ansicht.

Der Median betrug ebenfalls 4,00 der Mittelwert 3,20, wobei vier dem bestmöglichen Ergebnis bezüglich eines positiven Patientenempfindens entsprach.

An **zweiter Stelle** stand für die befragten Patienten mit 53,7 % ein gutes körperliches Empfinden, wie beispielsweise eine bequeme Lagerung, sowie die Tatsache, keine Schmerzen, keinen Hunger oder Durst haben zu müssen.

Dies war für 13 (15,9 %) Patienten sehr wichtig, für weitere 31 (37,8 %) wichtig.

Es ergab sich ein Mittelwert von 2,66, ein Median von 3,00 und eine Standardabweichung von 0,86.

Auch die Mitarbeiter gingen davon aus, ein gutes körperliches Empfinden würde für die Patienten an zweiter Stelle stehen. Insgesamt schätzten 37 (61,7 %) der befragten Mitarbeiter dies so ein, davon 14 (23,3 %) als sehr wichtig, weitere 23 (38,3 %) als wichtig.

Der Mittelwert betrug 2,78, der Median 3,00, sowie die Standardabweichung 1,02.

An **dritter Stelle** stand für die befragten Patienten mit 39 % die Behandlung als mündiger Mensch und ein respektvoller Umgang durch das Personal, das sowohl persönliche Bedürfnisse als auch die Intimsphäre wahrt.

Für 15 (18,3 %) Patienten war dies sehr wichtig, für weitere 17 (20,7 %) wichtig.

Der berechnete Mittelwert betrug 2,53, der Median 2,50 und die Standardabweichung 0,93.

Die befragten Mitarbeiter vermuteten ebenfalls, dass ein guter Umgang für die Patienten an dritter Stelle stehen würde.

14 (23,3 %) nahmen an, dies wäre für die Patienten sehr wichtig, 16 (26,6 %) gingen davon aus, es wäre wichtig gewesen.

Es ergibt sich ein Mittelwert von 2,70, ein Median von 3,00, sowie eine Standardabweichung von 1,01.

An **vierter Stelle** sahen die befragten Patienten es mit 29,3 %, positive Gedanken oder Emotionen zu haben. Hierzu gehörten zum Beispiel Hoffnung, Freude und Mut, aber auch keine Furcht, Wut oder Unruhe zu haben und zu wissen, wo man ist und welche Maßnahmen noch geplant sind.

Für 14 (17,1 %) Patienten war dies sehr wichtig, für 10 (12,2 %) wichtig. Der errechnete Mittelwert betrug 2,23, der Median 2,00 und die Standardabweichung 1,08.

Auch die befragten Mitarbeiter waren der Annahme, positive Gedanken oder Emotionen zu haben, hätte bei den Patienten den vierten Platz eingenommen.

So waren 4 (6,7 %) der Meinung, dies wäre für die Patienten sehr wichtig gewesen, 9 (15 %) gingen davon aus, es wäre wichtig gewesen.

Es ergab sich ein Mittelwert von 2,00, ein Median ebenfalls von 2,00, sowie eine Standardabweichung von 0,98.

Die Patienten machten im Rahmen der Frage nach weiteren Dingen, die ihnen wichtig gewesen wären, keine Angaben. Ein Mitarbeiter war der Meinung, Bezugspflege wäre wichtig für die behandelten Patienten, drei weitere sahen alle vier Kategorien als gleichwertig an.

5 Diskussion

Der folgende Absatz behandelt zuerst die Diskussion der Methodik, anschließend werden die in Kapitel vier ermittelten client-professional-gaps zwischen den Erfahrungen der Patienten auf der Intensivstation und den Annahmen des Personals diskutiert und mögliche Lösungsvorschläge aufgezeigt.

5.1 Diskussion der Methodik

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine prospektive Beobachtungsstudie ohne Interventionen. Der Untersuchungszeitraum betrug 12 Monate. Die Patientenbefragung erfolgte in schriftlicher Form **kurz** nach der Verlegung von der Intensiv- auf die Allgemeinstation, das heißt zwei bis sieben Tage. Diese Vorgehensweise wurde gewählt, da es bei der Untersuchungsdurchführung zu einem späteren Zeitpunkt nicht selten zu einem verzerrten Ergebnis bedingt durch mögliche Verdrängungsmechanismen und das Vergessen von wichtigen Details des Erlebten bei den Befragten kommen kann. Ein weiterer Nachteil bei späteren Erhebungen ist die Tatsache, dass Mortalität das Ergebnis der Erhebung negativ beeinflussen könnte (Bohrer 2002).

Die Befragung des Personals erfolgte ebenfalls in schriftlicher Form anhand eines analog gestalteten Fragebogens.

Die Entscheidung, die Erhebung in schriftlicher Form durchzuführen, fiel aufgrund der deutlichen Vorteile gegenüber der persönlichen Befragung in Form eines Interviews.

Zum einen ist die schriftliche Durchführung relativ einfach, kostengünstig und mit verhältnismäßig geringem Zeitaufwand möglich, was insgesamt dazu geführt hat, dass sich die schriftliche Befragung gegenüber dem Interview durchgesetzt hat (Schmidt 2003). Homburg (2012) beschreibt, dass sich die schriftliche Befragung trotz "massiver inhaltlicher Probleme"

immer noch großer Beliebtheit in der Praxis erfreut. Seiner Vermutung nach hängt dies mit den oben genannten Vorteilen zusammen.

Ein weiterer wichtiger Punkt bei der schriftlichen Befragung ist die Tatsache, dass zwischen dem Untersucher und den Befragten eine gewisse Distanz bestehen bleibt. Durch die direkte Interaktion zwischen Beiden im Rahmen eines Interviews dagegen ergibt sich häufig eine tendenziell erhöhte Patientenzufriedenheit, was einem verzerrten Ergebnis entsprechen würde (KTQ-Leitfaden zur Patientenbefragung 2000; Krämer 1998).

Zudem wird bei der schriftlichen Befragung die garantierte Anonymität der Patienten gewährleistet (Applebaum 2004). In der vorliegenden Studie wurde die Anonymität zusätzlich mittels Verblindung der beiden Erhebungsabschnitte und der Vergabe eines ID-Codes, der nach der Auswertung der klinischen Daten gelöscht wurde, sichergestellt.

Der häufig als größter Nachteil genannte Punkt bei der schriftlichen Befragung, die niedrige Rücklaufquote (Homburg 2008), stellte bei der vorliegenden Fragebogenerhebung erfreulicherweise kein Problem dar.

Die Rücklaufquote seitens des Personals betrug 50 %, von den 96 befragten Patienten gaben alle 96 den Fragebogen ausgefüllt zurück, was einer Rücklaufquote von 100 % entspricht. 14 (14,6 %) der 96 Fragebögen waren jedoch unvollständig, sodass die verbleibenden 82 in die Untersuchung eingingen. Von den 172 konsekutiv möglichen Patienten gaben 96 den Fragebogen ausgefüllt zurück, was einer Rücklaufquote von 55,8 % entspricht. Somit ergibt sich eine Gesamt-Rücklaufquote von 75 respektive 52,9 %.

Ein weiterer Nachteil kann möglicherweise die Tatsache sein, dass es für die Befragten keine Möglichkeit zur Nachfrage gibt, sollten Probleme beim Beantworten der Fragen auftreten, was zu Missverständnissen und zur Beeinflussung durch Dritte (zum Beispiel durch Angehörige oder Mitpatienten) führen kann, da diese möglicherweise um Rat gefragt werden oder sogar selbst den Fragebogen ausfüllen.

Die fehlende Möglichkeit nachzufragen kann ein Grund dafür sein, dass 14 (14,6 %) der insgesamt 96 ausgeteilten Fragebögen unvollständig, das heißt, mehr als 3 Likert-Items pro Fragebogen wurden nicht beantwortet, ausgefüllt zurückgegeben wurden. Bezüglich der Art der Fragestellung werden geschlossene und offene Fragen als sinnvoll erachtet.

Im Rahmen der vorliegenden Fragebogenerhebung kamen beide Arten zur Anwendung, wobei der Anteil an geschlossenen Fragen überwog.

Geschlossene Fragen im Allgemeinen eignen sich zur Messung antizipierter Antworten. Der Vorteil besteht darin, dass die Ergebnisse quantifizierbar sind.

Nachteil wiederum ist, dass individuelle Probleme des Befragten nicht erfasst werden können (Homburg 2008). Hierfür bedarf es der offenen Fragen. Eine weitere Schwierigkeit besteht in der Formulierung der Antwortmöglichkeiten, die dem uninformierten Probanden mit möglichst gleicher Wahrscheinlichkeit als richtig erscheinen sollten (Bortz 2009; Lienert 1998).

Geschlossene Fragen werden häufig anhand von **Likert-Skalen** erhoben, wie es auch in der vorliegenden Fragebogenerhebung der Fall war. Zusätzlich kamen 55 binäre (dichotome) Items zum Einsatz, da bei 5 der 32 Likert-Items das Problem bestand, dass sie bezüglich ihrer Fragestellung zu undifferenziert waren.

Der entscheidende Vorteil (geschlossener Fragen) wurde oben bereits beschrieben.

Der Nachteil einer solchen Likert-Skala ist darin zu sehen, dass der mittlere Skalenwert bei ungeradzahliger Antwortskala für die Befragten nicht immer eindeutig zu interpretieren ist. So zeigte sich, dass beispielsweise bei einer 5-stufigen Likert-Skala häufiger die "Mittelkategorie", was in diesem Falle der "drei" entsprechen würde, gewählt wurde, da sich die Befragten so nicht für eine eher positive oder eher negative Antwort entscheiden mussten.

Dieses Problem wurde umgangen, indem eine geradzahlige Antwortskala gewählt wurde. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung handelte es sich um eine 4-stufige Likert-Skala. Somit mussten sich die Befragten für eine tendenziell positive oder negative Bewertung entscheiden.

Binäre Items werden so formuliert, dass sie nur mit "ja" oder "nein" zu beantworten sind. Somit soll eine grobe Orientierung über mögliche Problemstellen stattfinden (Wüthrich-Schneider 1999). Häufig bedarf es jedoch einer Zusatzfrage, um den Befragten die Möglichkeit zu geben, ihre Antworten zu erläutern. Im Rahmen der vorliegenden Fragebogenerhebung dienten die binären Items ihrerseits dazu, die fünf Likert-Items, die sich als zu unspezifisch herausstellten, um eine konkrete Aussage über das Erleben der Patienten auf der Intensivstation zu machen, genauer zu beschreiben.

Offene Fragen dagegen dienen der Ermittlung nicht antizipierter Antworten. Der Vorteil dabei ist, dass mit dieser Art der Frage die Möglichkeit besteht, sowohl individuelle Wünsche als auch persönliche Probleme des Befragten zu erfassen. Aus diesem Grunde wurden in den vorliegenden Fragebogen zusätzlich zu den geschlossenen Fragen zwei offene integriert. Als Nachteil der offenen Fragen ist der erhöhte Zeitaufwand, sowohl für die Befragten, als auch für die Untersucher im Rahmen der Auswertung zu nennen, da die systematische Analyse einer nachträglichen Kategorisierung der erfassten Daten bedarf (Homburg 2008).

Zudem besteht das Problem, dass eine objektive Auswertung nicht möglich ist, da es den Befragten selbst überlassen ist, wie sie die Aufgaben lösen (Bortz 2009).

5.1.1 Antworttendenzen

Im Rahmen von Befragungen kann es, bedingt durch sogenannte Antworttendenzen, zu einer systematischen Verzerrung der ermittelten Testergebnisse kommen.

Von besonderer Relevanz sind hierbei sowohl die "Tendenz zur Mitte" als auch das Phänomen der "sozialen Erwünschtheit".

Um der Tendenz zur Mitte entgegen zu wirken, wurde, wie in der Literatur empfohlen und oben bereits beschrieben, die Anzahl der Antwortmöglichkeiten der Likert-Skala so gewählt, dass weder eine neutrale Mittelkategorie angeboten wurde (gerade Anzahl an Antwortmöglichkeiten), noch die sprachliche Bezeichnung des Anfangs- und Endpunkts der Bewertungsskala zu extrem ausfiel (Moosbrugger 2012).

Ebenso gibt es verschiedene Möglichkeiten, den Effekt der sozialen Erwünschtheit zu verringern. So gehört beispielsweise die ausführliche Aufklärung über Sinn und Hintergrund der Untersuchung, sowie die Zusicherung der Anonymität der Probanden (Moosbrugger 2012) dazu. Beide Möglichkeiten wurden im Rahmen der vorliegenden Befragung ausgeschöpft.

Desweiteren ist der Effekt der sozialen Erwünschtheit bei Interviews größer als bei schriftlichen Befragungen, da bei Interviews ein direkter Kontakt zwischen Interviewer und Proband besteht, wohingegen bei der schriftlichen Befragung eine subjektive Anonymität gegeben ist, da kein Untersuchungsleiter anwesend ist. Dies kann, wie oben bereits beschrieben, als weiterer Vorteil der schriftlichen Befragung gesehen werden.

Eine weitere mögliche Ursache für die Entstehung des genannten Effektes besteht darin, dass Patienten lieber positive Antworten geben, entweder aus Dankbarkeit und Erleichterung, dass sie überlebt haben, oder weil sie der Annahme sind, dass die medizinischen Fachkräfte aus altruistischen Gründen ihr Bestes gegeben haben, oder aber aus Angst, dass eine negative Beurteilung umgehend negative Auswirkungen auf eine mögliche nachfolgende Behandlung haben könnte (Jacob 2000; Fung 1998).

5.2 Diskussion der Ergebnisse

5.2.1 Zufriedenheit

Im Rahmen der vorliegenden Fragebogenerhebung wurde auch eine Frage zur allgemeinen Zufriedenheit mit der Behandlung auf der Intensivstation gestellt, wodurch es den befragten Patienten ermöglicht werden sollte, eine Gesamtbewertung über den Intensivaufenthalt abzugeben. Das Ergebnis zeigte die in der Literatur im Zusammenhang mit Patientenzufriedenheit beschriebenen hohen Messwerte von über 80 % (Fitzpatrick 1991). So waren 66 (82,5 %) der 82 befragten Patienten völlig zufrieden mit der Behandlung auf der Intensivstation, 14 (17,5 %) immerhin weitgehend.

Von Seiten des Personals waren 4 (6,7 %) von 60 Mitarbeitern der Annahme, die Patienten wären mit der erfahrenen Behandlung vollständig zufrieden gewesen, 47 (78,3 %) gingen von einer weitgehenden Zufriedenheit aus.

Die hohe Zufriedenheit bei den Patientenaussagen kann als Ausdruck der Dankbarkeit für die erfahrene Hilfe gesehen werden, sowie für die Tatsache, dass sie den Aufenthalt auf der Intensivstation überlebt haben.

Ebenso kann sie als Anerkennung der Bemühungen des Personals verstanden werden.

Andererseits könnte aber auch der oben genannte Effekt der sozialen Erwünschtheit eine Rolle für das positive Ergebnis spielen und die Angst der Patienten vor möglichen Konsequenzen im Rahmen einer weiteren Behandlung, falls die angebrachte Kritik bekannt wird (Jacob 2000).

Eine mögliche Ursache für die Einschätzung des Personals könnte darin zu sehen sein, dass die Mitarbeiter selbst unzufrieden sind mit den Umständen, unter denen sie die Patienten versorgen müssen. Zeit- und Personalmangel spielen hier eine entscheidende Rolle, wobei das eine das andere mit bedingt. So gehen die Mitarbeiter aber auch davon

aus, dass die Patienten die Missstände spüren und möglicherweise darunter leiden.

Die globale Erfassung von Zufriedenheit ist gängig, aber wegen starker Deckeneffekte problematisch.

Beim Vorliegen eines Deckeneffektes liegt die Mehrzahl der Antworten in der obersten Kategorie ("unter der Decke"). Das Item kann die Unterschiede zwischen den antwortenden Individuen nicht erfassen und ist daher nutzlos (Bortz 2009). Typischerweise trifft dies auf Hochrisikobereiche der Medizin, wie die Anästhesie und folglich auch die Intensivmedizin zu (Fung 1998).

5.2.2 Likert-Items mit client-professional-gaps

Wie in Kapitel 4.3 bereits beschrieben, zeigten 12 der 31 Likert-Items client-professional-gaps auf.

Die entsprechenden Items werden nachfolgend zusammenfassend aufgeführt. Die ersten sieben Items zeigten "hyperattentions", die restlichen einen "blind spot" bezüglich der Vermutungen des Personals. Die einzelnen Ergebnisse werden dann im Folgenden diskutiert.

Tabelle 5-1: **Items mit client-professional-gaps**

C 1	Ich konnte mich mitteilen und hatte meistens das Gefühl, verstanden zu werden.
C 4	Ich habe mich gut über meine Situation informiert gefühlt.
C 6	Das Personal hat meine Intimsphäre ausreichend beachtet.
C 8	Ich kann mir Dinge oder Umstände vorstellen, die mir den Aufenthalt erleichtert hätten.
I 8	Ich habe Dinge gesehen, die eigentlich nicht sein konnten.
I 9	Ich hatte Angst oder Furcht.
I 14	Ich war wütend, aggressiv oder verärgert.
C 7	Ich bin meistens freundlich behandelt worden.
C 9	Man hat mir Mut gemacht.
I 3	Es hat mich stark beschäftigt, ob ich im Alltag oder im Beruf zukünftig noch zurechtkomme.
I 4	Ich hatte Vertrauen zum Personal und seinen Entscheidungen.
S 7	Ich fühlte mich erschöpft, kraftlos, schlapp oder matt.

So gingen im Rahmen des Items **C 1** "Ich konnte mich mitteilen und hatte meistens das Gefühl verstanden zu werden" knapp 60 % der Mitarbeiter davon aus, die Patienten hätten nicht oder nicht ausreichend das Gefühl gehabt, sich mitteilen zu können und verstanden worden zu sein. Diese Antwort kann aus mehrerlei Gründen entstanden sein. Möglicherweise dachten die Mitarbeiter bei der Beantwortung dieser Frage an die Zeit der invasiven Beatmung unter Analgosedierung, als die Patienten nicht oder nur sehr eingeschränkt die Möglichkeit hatten, sich zu äußern. Oder aber das Personal bezog den enormen Arbeitsaufwand auf der Intensivstation

mit ein, wodurch es bedauerlicherweise nicht selten dazu kommt, dass die Zeit für Gespräche, vor allem für Fragen während der Visite, sehr knapp ist.

Von den befragten Patienten hatten jedoch 94 %! das Gefühl, sie hätten sich mitteilen können und wären verstanden worden, was deutlich einem positiven Patientenerleben entspricht. Dieses unterschiedliche

Empfinden könnte möglicherweise mit bedingt sein durch die hohe allgemeine Zufriedenheit der Patienten mit der Behandlung auf der Intensivstation und ihre Würdigung der Bemühungen des Personals, sich die Zeit zu nehmen, um ihnen das Gefühl geben zu können, verstanden zu werden.

Nur knapp ein Drittel der Mitarbeiter war der Annahme, die Patienten hätten das Gefühl gehabt, ihre Intimsphäre wäre ausreichend gewahrt worden (**C 6**). Möglicherweise kommt diese Einschätzung durch die Tatsache zustande, dass die Patienten in Zimmern mit bis zu vier Betten liegen, die maximal durch einen Vorhang voneinander getrennt werden. So gibt es beispielsweise im Rahmen der Körperpflege wenige Möglichkeiten, die Intimsphäre der Patienten ausreichend zu wahren. Zudem kommt es nicht selten vor, dass die ärztliche Visite am Krankenbett genau dann stattfindet, wenn der Patient gewaschen und versorgt wird.

Trotzdem war das Empfinden der Patienten erfreulicherweise ein anderes. So sahen über 90 % ihre Intimsphäre zumindest weitestgehend gewahrt. Dies liegt vermutlich mit daran, dass das Personal sehr bemüht ist, diesem Bedürfnis der Patienten nachzukommen.

Sehr eindrücklich war das Ergebnis im Rahmen des Items **I 8**: "Ich habe Dinge gesehen, die eigentlich nicht sein konnten."

So waren 75 % der Mitarbeiter der Meinung, die Patienten hätten häufig bis sehr häufig visuelle Halluzinationen gehabt, wohingegen fast 72 % der Patienten aussagten, sie hätten keine Dinge gesehen, die eigentlich nicht sein konnten. Eine mögliche Erklärung hierfür wäre die Tatsache, dass Patienten, die aus dem Koma erwachen, häufig Traumbilder und Phantasien mit realen Eindrücken vermischen (Schreiner 2004).

Störungen der Wahrnehmung führen zu Fehlinterpretationen der empfangenen Informationen (Nydahl 2008).

Eine mögliche Ursache für die Annahme des Personals wäre die Tatsache, dass die Patienten häufig auch Medikamente, wie beispielsweise Digitoxin verabreicht bekommen, welche visuelle Halluzinationen hervorrufen können. Aber auch Schlafentzug, bedingt durch einen gestörten Tag-Nacht-Rhythmus kann zu Halluzinationen führen (Linstedt 2005), ebenso wie sie im Rahmen eines Delirs auftreten können.

Auch bei der Auswertung des Items **I 9** "Ich hatte Angst oder Furcht" zeigte sich eine deutliche Lücke zwischen den Aussagen der Patienten und dem, was das Personal vermutete. So gingen knapp 97 % der Mitarbeiter davon aus, die Patienten hätten während ihres Aufenthaltes auf der Intensivstation häufig bis sehr häufig Angst gehabt, wohingegen "nur" 27 % der befragten Patienten angaben, häufig oder sehr häufig Angst oder Furcht gehabt zu haben.

Eine mögliche Erklärung hierfür wäre, dass das Personal den Eindruck haben könnte, die ungewohnte Umgebung gemeinsam mit der ständigen Unruhe und der unbekannten Geräuschkulisse der Geräte würde den Patienten Angst machen.

Zudem ist häufig zu beobachten, dass Angehörige beim Besuch auf der Intensivstation verunsichert sind und Angst haben, einerseits sicherlich bedingt durch das ungewohnte Bild, welches sich ihnen von demjenigen zeigt, den sie besuchen, andererseits vermutlich auch durch die Vielzahl an unbekannten Geräten und ungewohnten Geräuschen, die sich ihnen darbieten.

Angst oder Furcht bei den Patienten könnte zudem ausgelöst werden durch die Ausnahmesituation, in der sie sich gerade befinden.

Das Ergebnis der befragten Patienten, nachdem fast 73 % angaben, keine Angst während der Zeit auf der Intensivstation gehabt zu haben, lässt darauf schließen, dass sich ein Großteil der Patienten gut aufgehoben und versorgt gefühlt hat.

Dieses Ergebnis deckt sich ungefähr mit dem Ergebnis einer Studie von Nydahl (1996), nach welcher sich zwei Drittel der befragten Intensivpatienten gut aufgehoben fühlten, ein Drittel die Situation jedoch als besorgniserregend empfand und sich hilflos fühlte.

Auch wenn das Ergebnis erfreulich ist, so hatten immerhin 22 Patienten häufig bis sehr häufig Angst während der Zeit auf der Intensivstation.

Eine Möglichkeit, den Patienten die Angst zu lindern, ist es, sie immer wieder über ihre Situation zu informieren, ihnen zu sagen, wo sie sind, was passiert ist und wie spät es gerade ist (Schreiner 2004). Ebenso wichtig ist es für die Patienten während der Zeit auf der Intensivstation, Besuch von vertrauten Personen zu bekommen. Diese Besuche können den Patienten helfen, die verlorene Orientierung, die ebenfalls massive Angst verursachen kann, wieder zurück zu gewinnen. Robinson (1975) berichtete von seiner Zeit auf der Intensivstation, dass der einzige Orientierungspunkt in seiner Orientierungslosigkeit der Besuch seiner Frau war.

Bei der Auswertung des Items **I 14** "Ich war wütend, aggressiv oder verärgert", gab es deutliche Unterschiede zwischen den Antworten der Patienten und den Vermutungen des Personals bezüglich des Erlebens der Patienten. So gaben 80 % der befragten Patienten an, keine Wut, Aggression oder Ärger verspürt zu haben, wohingegen 48 % des Personals davon ausgingen, die Patienten hätten diese Gefühle häufig bis sehr häufig gehabt. Möglicherweise weil es nicht selten der Fall ist, dass Patienten, vor allem während eines längeren Intensivaufenthaltes, Phasen haben, in denen sie aggressiv sind und wütend erscheinen. Andererseits besteht auch die Möglichkeit, dass die Patienten sich an bestimmte Dinge und Situationen nicht mehr erinnern, sei es bedingt durch Medikamente, wie beispielsweise Sedativa (zum Beispiel Midazolam), Stress oder das Trauma (Operation, Unfall), welches zum Aufenthalt auf der Intensivstation geführt hat.

Die Ergebnisse der Items **C 4** und **C 8** werden im Abschnitt 5.3.3 diskutiert.

5.2.3 Binäre Items mit client-professional-gaps

Im Rahmen der client-professional-gap-Analyse konnte bereits festgestellt werden, dass auch bei zwei der fünf Likert-Items, die durch eine unterschiedliche Anzahl binärer Items näher beschrieben wurden, Lücken zwischen dem Erleben der Patienten während ihres Aufenthaltes auf der Intensivstation und den Vermutungen des Personals bezüglich des Erlebten, auftraten. Zum einen war dies das Item **C 4** ("Ich habe mich gut über meine Situation informiert gefühlt.") und zum anderen das Item **C 8** ("Ich kann mir Dinge oder Umstände vorstellen, die mir den Aufenthalt erleichtert hätten.").

So vermuteten 65 % der Mitarbeiter im Rahmen des Items **C 4**, die Patienten hätten sich nicht gut über ihre Situation informiert gefühlt. Dies lässt sich verdeutlichen, betrachtet man die einzelnen binären Items genauer.

Knapp 90 % der Mitarbeiter hatten das Gefühl, die Patienten hätten den Sinn der erhaltenen Informationen nicht verstanden, wohingegen nur 2,5 % der Patienten dieser Ansicht waren.

Für dieses Ergebnis gibt es verschiedene Erklärungsansätze: zum einen könnte das Personal diesen Eindruck bekommen haben, da Patienten häufig mehrmals das Gleiche fragen (z. B. "Was ist passiert?", "Was wurde mit mir gemacht?", "Wurde ich schon operiert?"), was unterschiedliche Gründe haben könnte. So stellt die Behandlung auf der Intensivstation eine enorme Belastung für die Patienten dar (Hannich 2007; Schreiner 2004), was nicht selten auch mit meist reversiblen Konzentrations- und Gedächtnisstörungen oder einer retrograden Amnesie für bestimmte Zeiträume einher geht. So ist aus der Fachliteratur bekannt, dass 84 %! der Patienten die Informationen und Erklärungen bezüglich des Geschehenen (wie beispielsweise Unfall oder Operation), die sie durch das Personal erhalten haben, wieder vergessen (Brunke 2007). Um den Patienten die Möglichkeit zu geben, das Erlebte aufzuarbeiten, wird das Führen eines Intensivtagebuches mit Hilfe der Angehörigen empfohlen (Bagger 2009; Wehler 2004).

Ebenfalls bedacht werden sollten Medikamente, seien es starke Schmerzmedikamente, wie beispielsweise Opiate, die so gut wie jeder Patient auf der Intensivstation benötigt, Sedativa (Benzodiazepine, wie zum Beispiel Midazolam) oder zentral wirksame Antihypertensiva wie beispielsweise Clonidin, die auch dazu führen können, dass die Patienten häufiger nachfragen, dies aber später oft nicht mehr wissen. So würde sich eventuell auch erklären lassen, warum nur wenige Patienten den Eindruck hatten, sie hätten die Informationen nicht verstanden.

Eine weitere Möglichkeit wäre die Tatsache, dass sowohl während der Visite als auch im Gespräch mit Patienten häufig "Fachjargon" verwendet wurde, wozu insbesondere Ärzte neigen, was dann im Rahmen der Bearbeitung der Fragen als mögliche Ursache gesehen wurde. So beschrieb beispielsweise bereits ein Patient des 13. Jahrhunderts aus Damaskus die ärztliche Visite wie folgt (Geisler 2008):

"Als der Chefarzt heute Morgen mit seinen Assistenten und Wärtern auf der Visite war und mich untersuchte, diktierte er dem Stationsarzt etwas, das ich nicht verstand."

Auch bei der Frage, ob die Patienten das Gefühl hatten, zu wenige Informationen bekommen zu haben, gingen 75 % des Personals davon aus, dass dies aus Sicht der befragten Patienten der Fall sei, wohingegen nur 10 % der Patienten dieser Meinung waren. Möglicherweise hatten die Mitarbeiter selbst das Gefühl, die Patienten zu wenig informiert zu haben oder eventuell wurde dem Personal dieser Eindruck von den Patienten oder Angehörigen vermittelt.

Zu bedenken ist auch noch, dass die Patienten oft nur bedingt in der Lage sind, die gegebenen Informationen zu verarbeiten. Dies kann sowohl mit der Fülle an Informationen zusammen hängen, als auch mit der momentanen Ausnahmesituation, in der sie sich befinden. Auch dies könnte ein möglicher Erklärungsansatz für die unterschiedliche Wahrnehmung der Patienten und des Personals sein.

Ebenso waren deutlich mehr Mitarbeiter der Ansicht, dass die durch sie gegebenen Informationen in den Augen der Patienten widersprüchlich

gewesen seien. Zum einen könnte diese Vermutung daher stammen, dass, bedingt durch das Schichtsystem, das Personal häufig wechselt und es vorkommen kann und sicherlich auch vorkommt, dass verschiedene Mitarbeiter unterschiedliche Auskünfte geben. Zudem werden die Patienten nicht jeden Tag von der selben Pflegeperson betreut. Zum anderen ist es nicht selten der Fall, dass die Patienten verschiedenen Mitarbeitern die gleiche Frage stellen, sei es, um zusätzliche Informationen zu bekommen oder möglicherweise auch um zu prüfen, ob sich die gegebenen Informationen gleichen.

Nahezu ein Drittel des Personals war der Annahme, die Patienten hätten das Gefühl gehabt, sie hätten sich die gewünschten Informationen selbst erfragen müssen. Dieser Eindruck entstand möglicherweise durch den Zeitmangel beim Personal, bedingt durch den hohen Arbeitsaufwand auf der Intensivstation. Die meisten Patienten hatten diesen Eindruck jedoch glücklicherweise nicht.

Auch bei der Betrachtung der binären Items bezüglich Dingen oder Umständen, die den Patienten den Aufenthalt auf der Intensivstation möglicherweise erleichtert hätten (Item **C 8**), zeigte sich, dass über 60 % der Mitarbeiter der Meinung waren, die Patienten hätten gerne ferngesehen, Bücher oder Zeitschriften gelesen, telefoniert oder aber flexible Besuchszeiten auf der Station hätten ihnen den Aufenthalt erleichtert. Im Gegensatz dazu waren lediglich ca. 9 % der Patienten der Ansicht, derartige Maßnahmen hätten für Erleichterung gesorgt. Eine Ursache ist möglicherweise darin zu sehen, dass die Patienten, bedingt durch ihre schwere Erkrankung, vorrangig mit sich selbst beschäftigt waren, auch nach der Verlegung auf die Allgemeinstation, und sich somit nicht vorstellen konnten, wie derartige Ablenkungen den Aufenthalt hätten erleichtern können. Was jedoch für knapp ein Viertel der befragten Patienten eine Erleichterung gebracht hätte, wäre Ruhe gewesen, die es auf einer Intensivstation nur wenig gibt. Nach Schrader (2001) sind die Hauptlärmquellen zum einen das Personal, das auf der Station arbeitet und zum anderen die vielen technischen Geräte und ihre Alarmfunktionen, wie Überwachungsmonito-

re, Beatmungsgeräte, Infusionspumpen, Ernährungspumpen und andere. Da Lärm schon für eine gesunde Person eine Form der Belästigung darstellt, kann man sich vielleicht vorstellen, wie dies für einen Schwerstkranken sein mag, der eigentlich einem besonderen Maß an Ruhe bedarf. Seitens der Mitarbeiter wurde dieser Wunsch (nach Ruhe) aus Patientensicht auf über 90 %! geschätzt. So auch in einer Untersuchung zum Erleben postoperativer herzchirurgischer Patienten auf der Intensivstation (Roth-Isigkeit 2001), in welcher fast 90 % der Befragten angaben, ein großes bis sehr großes Bedürfnis nach Ruhe gehabt zu haben.

5.2.4 Der Einfluss der Behandlungsintensität auf die ermittelten client-professional-gaps

Im Rahmen der Auswertung der Ergebnisse zeigte sich, dass vier der 12 ermittelten client-professional-gaps signifikant mit der Behandlungsdauer korrelierten. Zur besseren Übersicht werden die betreffenden Items in nachfolgender Tabelle dargestellt.

Tabelle 5-2: **Client-professional-gaps, die mit der Behandlungsintensität korrelieren**

C 9	Man hat mir Mut gemacht.
I 3	Es hat mich stark beschäftigt, ob ich im Alltag oder im Beruf zukünftig noch zurechtkomme.
I 8	Ich habe Dinge gesehen, die eigentlich nicht sein konnten.
I 9	Ich hatte Angst oder Furcht.

Hierbei konnte zwischen positiver und negativer Korrelation bezüglich des entsprechenden Items und der Behandlungsdauer unterschieden werden. So zeigte sich beispielsweise im Falle der Items I 8 und I 9, dass die Patienten mit zunehmender Liegedauer auch vermehrt unter optischen Halluzinationen und Angst litten. Da das Personal im Rahmen dieser

beiden Items die Belastung für die Patienten auf der Intensivstation aber überbewertete, kam es hier zu einer Verringerung der client-professional-gaps, da, bedingt durch die negative Korrelation, die Überbewertung reduziert wurde.

Auf der anderen Seite wurde den Patienten mit zunehmender Liegedauer vermehrt Mut gemacht (C 9), sodass dieses Item positiv mit der Dauer des Aufenthaltes auf der Intensivstation korrelierte. Das heißt, die Patientenaussage wurde mit zunehmender Liegedauer positiver. Somit verkleinerte sich auch hier das gemessene client-professional-gap.

Da im Rahmen des Items I 3 die Belastung während des Intensivaufenthaltes unterschätzt wurde und sich die Patienten mit zunehmender Liegedauer vermehrt Gedanken über das Zurechtkommen im Alltag und im Beruf machten, vergrößerte sich hier das gemessene client-professional-gap, da es zu einer negativen Korrelation kam.

Eine Möglichkeit, die Situation für die Patienten zu verbessern und ihnen zu helfen, mit den belastenden Gedanken besser klar zu kommen wäre es, vermehrt psychologische Hilfe anzubieten, wie es auf den perioperativen Intensivstationen der Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie der Universitätsklinik Rostock auch seit 2004 geschieht.

6 Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit einem noch wenig erforschten Gebiet in der Medizin: dem Erleben von Patienten während der Behandlung auf der Intensivstation und den möglichen Auswirkungen des Erlebten. Um dies nachempfinden und verstehen zu können und somit auch die Möglichkeit zu bekommen, die Bedingungen für zukünftige Intensivpatienten zu verbessern, wurde eine Fragebogenerhebung an 82 Intensivpatienten- nach der Verlegung auf eine periphere Station- und 60 Mitarbeitern (Ärzte und Pflegekräfte) der drei perioperativen Intensivtherapiestationen des Universitätsklinikums Rostock AöR in Mecklenburg-Vorpommern durchgeführt. Es handelt sich hierbei um einen neu entwickelten analogen Fragebogen für ehemalige Intensivpatienten und Personal (Ärzte und Pflegekräfte). Der Fragebogen beinhaltet 32 Likert-Items aus den Bereichen Kommunikation, inneres Erleben und körperliches Empfinden. Fünf Items waren jedoch zu unspezifisch, um die Situation der Patienten auf der Intensivstation detailliert zu beschreiben, sodass ergänzend 55 binäre Items zur genaueren Beschreibung der Likert-Items hinzugefügt wurden. Des Weiteren eine Frage zur allgemeinen Zufriedenheit mit der Behandlung auf der Intensivstation, offene Fragen sowie demographische und klinische Daten.

Im Rahmen der Auswertung der Ergebnisse zeigte sich, dass 12 der 32 likert-skalierten Items ein sogenanntes client-professional-gap, eine Lücke zwischen dem Erleben und Empfinden der Patienten auf der Intensivstation und den Vorstellungen des Personals bezüglich des Erlebten aufwiesen. Betroffen war hierbei mit 60 % vor allem die kommunikatorische Ebene.

Die Profession und die Dauer der Berufserfahrung hatten keinen Einfluss auf die Einschätzungen des Personals bezüglich des Patientenerlebens.

Das Ausmaß der Behandlungsintensität hängt einzig von der Dauer des Aufenthaltes auf der Intensivstation ab.

Anhand der Diskussion der Ergebnisse zeigt sich, dass auch in Zukunft regelmäßige Befragungen zum Patientenerleben auf der Intensivstation

indiziert sind, um die Bedingungen für künftige Intensivpatienten verbessern zu können.

Da sich die ermittelten client-professional-gaps zwischen dem Patientenerleben und den Vermutungen des Personals zum Großteil auf die kommunikatorische Ebene bezogen, wäre es sicherlich von Relevanz, wenn sich das Personal Zeit für Gespräche nehmen könnte. Um dies zu realisieren, wäre es von Nöten, sowohl einen bestehenden Personalmangel auszugleichen, als auch die Möglichkeit der Beschäftigung ehrenamtlicher Mitarbeiter in Betracht zu ziehen. Dies wäre besonders wichtig für Patienten, denen ein längerer Aufenthalt auf der Intensivstation bevorsteht und diejenigen, welche keine Angehörigen mehr haben und demnach wenig oder keinen Besuch erhalten. Auch eine intensive psychologische Betreuung aller Patienten wäre in Erwägung zu ziehen.

7 Thesen

1. Das Erleben des Aufenthaltes und der Behandlung auf einer Intensivstation werden von Patienten anders wahrgenommen als von den behandelnden Personen vermutet. Diese Unterschiede werden auch als client-professional-gaps (Lücken) bezeichnet.
2. Anhand der vorliegenden Studie wurden diese Lücken ermittelt. Die Datenerhebung erfolgte mittels eines neu entwickelten analogen Fragebogens für Patienten und Personal und wurde anonym durchgeführt.
3. Zusätzlich wurden demographische und klinische Daten der Probanden erhoben.
4. Durch regelmäßige Ermittlung, Auswertung und Umsetzung der Erfahrungen und des Erlebens der Patienten auf der Intensivstation soll die Situation für zukünftige Intensivpatienten verbessert werden.
5. Die Dauer der Behandlung auf der Intensivstation hat Einfluss auf einige der ermittelten client-professional-gaps.
6. Aufgrund des Wandels der Patientenrolle vom passiven Empfänger zum kritischen Konsumenten steigt das Interesse an zufriedenen Patienten stetig.
7. Der Aufenthalt und die Behandlung auf der Intensivstation stellen für die betroffenen Patienten eine enorme physische und psychische Belastung dar, die auch zu dauerhaften Beeinträchtigungen führen kann.
8. Das Ergebnis bezüglich der allgemeinen Zufriedenheit mit der Behandlung auf der Intensivstation war erwartungsgemäß hoch.

9. Die Belastung der Patienten durch den Aufenthalt auf der Intensivstation wurde durch das Personal sowohl über- als auch unterschätzt.
10. Spätfolgen, wie beispielsweise eine posttraumatische Belastungsstörung oder eine Depression können durch die Kenntnis des Personals bezüglich der belastenden Faktoren reduziert oder vermieden werden.

8 Literatur

Anderson, E.W., Fornell, C. (1994): A customer satisfaction research prospectus, in: Rust, R.T. und Oliver, R.L. (Hrsg.), Service quality: New direction in theory and practice. Thousand Oaks, CA: Sage Publications

Applebaum, R.A., Straker, J.K., Geron, S.M. (2004): Patientenzufriedenheit: Benennen, bestimmen, beurteilen. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber

Avis, M., Bond, M., Arthur, A. (1997): Questioning patient satisfaction: An empirical investigation in two outpatient clinics. Social Science and Medicine, 44, 85-92

Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W., Weiber, R. (2011): Multivariate Analysemethoden. 13. Auflage. Springer Verlag Berlin

Bagger, C., Knück, D., Nydahl, P. (2009): Intensivtagebuch - Brücke zur Erinnerung. Bibliomed, Die Schwester/Der Pfleger 1 (48): 40-44

Besendorfer, A. (2004): Das Erleben von Patienten auf Intensivstationen, in: Meyer, G., Neander, K.-D.: Handbuch der Intensivpflege. Ecomed Verlagsgruppe, Landsberg, S. 8

Blum, K. (1996): Patientenzufriedenheit mit dem ambulanten Operieren im Krankenhaus. Theoretische Grundlagen, empirische Ergebnisse, praktische Verwertung. Dissertation an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Bielefeld

Bohrer, T., Koller, M., Moldzio, A., Beujean, O., Hellinger, A., Lorenz, W., Rothmund, M. (2002): Wie erleben allgemein chirurgische Patienten die Intensivstation? Chirurg 73: 443-450

Bonhoeffer, K. (1912): Die Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen, Allgemeinerkrankungen und inneren Erkrankungen, in: Aschaffenburg, G.(Hrsg.): Handbuch der Psychiatrie / Spezieller Teil

Bortz, J., Döring, N. (2009): Forschungsmethoden und Evaluation: für Human- und Sozialwissenschaftler. Springer-Medizin-Verlag Heidelberg

Brewin, C.R., Andrew, B. and Valentine, J.D. (2000): Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748-766

Brüggink, C. (1999): Wie zufrieden sind ihre Patienten wirklich? Die schriftliche Patientenbefragung als Instrument zur Qualitätssicherung in einem Krankenhaus. Eine Beispielstudie in Theorie und Praxis. Marburg.

Bruhn, M. (2011): Qualitätsmanagement für Dienstleistungen: Grundlagen, Konzepte, Methoden. Springer Verlag Berlin (u. a.)

Brunke, A. (2007): Erfahrungen, Erlebnisse und Erleben des analgosedierten beatmeten Patienten. *Intensiv* 15: 166-179

Churchill, G. A., Surprenant, C. (1982): An Investigation into the Determinants of Customer Satisfaction. *Journal of Marketig Research*, 19, 4

Cleary, P. et al. (1991): Patients evaluate their hospital care: A national survey. *Health Affairs* 10 (4): 254-267

Cleary, P.D. (1998): Satisfaction may not suffice! *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 14 (1): 35-37

Cleary, P. (1999): The increasing importance of patients surveys. *British Medical Journal* 319: 720-721

Cohen, G. (1996): Age and health status in a patient satisfaction survey. *Social Science and Medicine*, 42: 1085-1093

DAK Versichertenbefragung über Hamburger Krankenhäuser (1996), Auszug 1 und 2, Hamburg

Deck, R., Böhmer, S. (2001): Erfahrungen alter Menschen mit einem Krankenhausaufenthalt. *Gesundheitswesen* 63: 522-529

Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2012)

Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen: Textrevision; DSM-IV-TR; Saß, H. (2003), Göttingen (u. a.): Hogrefe

Donabedian, A. (1982): Explorations in quality assessment and monitoring. Vol. 2: The criteria and standards of quality. Ann Arbor: Health Administration Press

Donabedian, A. (1988): Quality assessment and assurance: Unity of purpose, diversity of means. *Inquiry*, 25, 173-192

Ehnfors, M., Smedby, B. (1993): Patient satisfaction surveys subsequent to hospital care: Problem of sampling, non-response and other losses. *Quality Assurance Health Care* 5 (1): 19-32

Faltermaier, T. (2005): Gesundheitspsychologie, aus: Grundriss der Psychologie, Band 21

Fischer, G., Riedesser, P. (2009): Lehrbuch der Psychotraumatologie, 4. Auflage, UTB-Verlag München: S. 79

Fitzpatrick, R. (1991): Surveys of patient satisfaction: I - Important general considerations. *British Medical Journal*, 302: 887-889

Fitzpatrick, R., Hopkins, A. (1983): Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: An empirical exploration. *Sociology of Health and Illness*, 5, 297-311

Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, Ch., Lampe, A., Liebermann, P., Maercker, A., Reddemann, L., Wöller, W. (2013): Posttraumatische Belastungsstörung, S3-Leitlinie und Quellentexte, Schattauer

Flinn, D.R., Diehl, K.M., Seyfried, L.S., Malani, P.N. (2009): Prevention, Diagnosis, and Management of postoperative Delirium in older Adults. *American College of Surgeons* 209: 261-268; quiz 294

Folke, V.S. (1994): How consumers predict service quality: What do they expect? In: Rust, R.T. und Oliver, R.L. (Hrsg.), Service quality: New direction in theory and practice. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Fung, D., Cohen, M.M.: Measuring Patient Satisfaction with Anesthesia Care (1998): A Review of Current Methodology. Anesth. Analg 87: 1089-98

Garvin, D.A. (1984): What does "Product Quality" really mean?, MIT Sloan Management Review

Geisler, L. (2008): Arzt und Patient - Begegnung im Gespräch. Wirklichkeit und Wege. pmi Verlag AG, S. 261

Gerteis, M., Edgman-Levitan, S., Walker, J., Stokes, D., Cleary, P., Delbanco, T. (1993): What patients really want. HMQ, 3, 2-6

Görres, S. (1999): Qualitätssicherung in Pflege und Medizin: Bestandsaufnahme, Therapieansätze, Perspektive am Beispiel des Krankenhauses. Bern (u. a.): Huber Verlag

Graf, J., Janssens, U. (2003): Der Post-Intensivpatient: Langzeitüberleben und Lebensqualität nach Intensivtherapie. Intensivmedizin 40: 184-194

Hall, J.A., Dornan, M.C. (1988): What patients like about their care and how often they are asked: A meta-analysis of the satisfaction literature. Social Science and Medicine, 27: 935-939

Haller, S. (2010): Dienstleistungsmanagement: Grundlagen, Konzepte, Instrument. Gabler, Wiesbaden

Hannich, H.-J. (1987): Medizinische Psychologie in der Intensivbehandlung. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag

Hannich, H.-J. (1993): Worunter leiden Intensivpatienten besonders? In: Neander, K.-D., Friesacher, H. (Hrsg.): Handbuch der Intensivpflege. Ecomed Verlagsgruppe, Landsberg, S.1-7

Hannich, H.-J. (2007): Psychologische Aspekte in der Intensivmedizin. In: Van Aken, H., Reinhart, K., Zimpfer, M., Welte, T.: Intensivmedizin, 2., überarbeitete Auflage. Stuttgart (u. a.): Thieme. S.78-89

Heymann, A., Spies, CD (2010): Postoperatives Delir und kognitives Defizit - Prävention und Therapie. Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther; 45: 112-116

Homburg, Ch. (2012): Kundenzufriedenheit: Konzepte-Methoden-Erfahrungen; 8., überarbeitete Auflage - Wiesbaden: Gabler

Homburg, Ch. (1994): Kundenorientiertes Qualitätsmanagement in den USA. Management Zeitschrift; 63: 24-27

ICD-10 online, WHO-Version 2013, F 05: Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt

Jacob, G., Bengel, J. (2000): Das Konstrukt Patientenzufriedenheit: Eine kritische Bestandsaufnahme. Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie 48 (3)

Kane, R.L., Maciejewski, M., Finch, M. (1997): The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcome. Medical Care 35 (7): 254-267

Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus (KTQ) (2000): KTQ-Leitfaden zur Patientenbefragung. Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH

Krämer, B., Berger, M., Petersen, U., Wohlers, J., Nieman, F.N. (1998): Patientenbefragung in Krankenhäusern Schleswig-Holsteins. Das Krankenhaus 4: 202-207

Krauth, J. (2005): Testkonstruktion und Testtheorie. Weinheim: Beltz, PsychologieVerlagsUnion

Kravitz, R. L. (1996): Patients` expectations for medical care: An expanded formulation on review of the literature. Medical Care Research and Review, 53, 3-27

Kundt, G., Krentz, H. (2006): Epidemiologie und medizinische Biometrie: Eine kurzgefasste übersichtliche Einführung. Shaker Verlag Aachen

Leimkühler, A.M., Müller, U. (1996): Patientenzufriedenheit - Artefakt oder soziale Tatsache? In: Nervenarzt 67 (9), 765-773

Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) und der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) (2009): Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin. www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/001-012.htm

Lienert, G.A., Raatz, U. (1998): Testaufbau und Testanalyse. Beltz; Psychologische Verlagsunion Weinheim; 6. Auflage

Lingenfelder, M., Schneider, W. (1991): Die Kundenzufriedenheit. Bedeutung, Meßkonzept und empirische Befunde. Marketing 13: 109-119

Linstedt, U., Willweber, A., Michels, M. et al. (2005): Wahrnehmungsfähigkeit von Intensivpatienten unter sedierenden Medikamenten. Journal für Anästhesie und Intensivbehandlung 1: 210-211

Lipowski, Zbigniew J. (1990): Delirium: Acute Confusional States. New York, Oxford University Press

Milisen, K., Foreman, MD, Godderies, J., Abraham, JL, Broos, PL (1998): Delirium in the hospitalized elderly: nursing assessment and management. Nurs Clin North AM; 33

Miller, J.A. (1997): Studying satisfaction, modifying models, eliciting expectations, posing problems, and making meaningful measurements. In: Hunt, H.K. (Hrsg.), Conceptualization and Measurement of Consumer Satisfaction and Dissatisfaction, Cambridge, MA: Marketing Science Institute.

Mirvis, D. M. (1998): Patient satisfaction: Can patients evaluate the quality of health care? Journal of the Tennessee Medical Association 91(7): 227-229

- Moosbrugger, H., Kelava, A. (2012): Testtheorie und Fragebogenkonstruktion. Springer Verlag Berlin Heidelberg: 59ff
- Novaes, M.A.F.P., Aranovich, A., Ferraz, M.B., Knobel, E. (1997): Stressors in ICU: Patients` evaluation. Intensive Care Medicine 23: 1282-1285
- Nydahl, P. (2011): Denke ans Delir! Intensiv 2: 237-245
- Nydahl, P., Bartoszek, G. (2008): Basale Stimulation - Neue Wege in der Pflege Schwerstkranker. Urban und Fischer: München Jena
- Nydahl, P. (1996): Wie erleben Patienten die Intensivstation? Eine pflegerische Studie. Intensiv 6: 243-288
- Oliver, R.L. (1996): Satisfaction, New York
- Oliver, R.L. (1980): A Cognitive Model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions, in: Journal of Marketing Research, Vol. 17, No. 4 (S.460-469)
- Panchaud, C., Guillain, H., Cranovsky, R., Eicher, E. (1999): Qualitätsterminologie. NAQ-News. Schweizer Ärztezeitung.
- Richter, M. (2005): Dynamik von Kundenerwartungen im Dienstleistungsprozess: S.74ff
- Robinson, J. S. (1975): Psychologische Auswirkungen der Intensivpflege (persönlicher Erfahrungsbericht). Anästhesist 24: 416-418
- Roth-Isigkeit, A. (2001): Wie erleben postoperative, herzchirurgische Patienten die pflegerische Versorgung auf Intensivstation? Intensiv 2001; 9: 24-29
- Rust, R.T., Oliver, R.L. (Hrsg.) (1994): Service quality: New direction in theory and practice. Thousand Oaks, CA: Sage Publications
- Satzinger, W. (2002): Informationen für das Qualitätsmanagement im Krankenhaus: zur Funktion und Methodik von Patienten- und Personalbefragungen 97: 104-110 (Nr. 2). Urban & Vogel, München

- Saur, P., Gatzert, S., Kettler, D. (2004): Untersuchung zur Befindlichkeit von beatmeten Patienten. *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 39: 542-550
- Schara, J. (1981): Aufforderung zu einer humanen Intensivtherapie. *Die Schwester/Der Pfleger* 20: 638-643
- Schara, J. (2008): Das Erleben der Intensivmedizin, aus: Junginger, T., Perneczky, A., Vahl, C.-F., Werner, C.: *Grenzsituationen in der Intensivmedizin*. Springer Medizin Verlag Heidelberg. S. 17-22
- Schelling, G., Peter, K. (2008): Stress, emotionales Gedächtnis und gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Patienten nach Intensivtherapie: Neurobiologische Mechanismen und klinische Konsequenzen, in: Kammerer, T.: *Traumland Intensivstation*. Books on Demand GmbH, Norderstedt
- Schmidt, C., Möller, J., Reibe, F., Günter, B., Kremer, B. (2003): Patientenzufriedenheit in der stationären Versorgung. *Deutsche medizinische Wochenschrift* 128: 619-624
- Schmidtke, K., Wallesch, C.W. (2013), in: Hufschmidt, A., Lücking, C.H., Rauer, Sebastian: *Neurologie compact: für Klinik und Praxis*. Stuttgart (u. a.): Thieme
- Schrader, D., Schrader, N. (2001): Lärm auf Intensivstationen und dessen Auswirkungen auf Patienten und Personal. *Intensiv* 3: 96-106
- Schreiner, M., Weiss, G. (2004): Was Patienten in der Intensivstation wahrnehmen und erleben. *Pflegezeitschrift* 3: 4-9
- Speedling, E. J., Rose, D. N. (1985): Building an effective doctor-patient-relationship: From patient satisfaction to patient participation. *Social Science and Medicine*, 21
- Stauss, B. (1999): Kundenzufriedenheit. *Marketing ZFP*, 21, 1, 5-24

Stein-Parbury, J., Mc-Kinley, S. (2000): Patients` Experience of Being in an Intensive Care Unit: A Select Literature Review. American Journal of Critical Care 9: 20-27

Szymanski, D., Henard, D. (2001), Customer Satisfaction: A Meta-Analysis of the Empirical Evidence. Journal of the Academy of Marketing Science, 29, 1, 16-35

Thompson, A. G., Sunol, R. (1995): Expectations as determinants of patient satisfaction: Concepts, theory, and evidence. International Journal for Quality in Health Care, 7

Tse, D. K., Wilton, P. C. (1988): Models of Consumer Satisfaction Formation: An Extension. Journal of Marketing Research, 25, 2

Van Aken, H., Reinhart, K., Zimpfer, M., Welte, T. (2007): Intensivmedizin: 495 Tabellen. Stuttgart (u. a.): Thieme

Van Rompaey, B., Elseviers, M.M., Schuurmans, M.J. et al. (2009): Risk Factors for Delirium in Intensive Care Patients: A Prospective Cohort Study. Critical Care 13: R 77

Vitt, G. (2002): Pflegequalität ist messbar. Auswirkungen des SGB XI auf die Qualität der ambulanten Pflege. Schlütersche Verlag

Ware, J.E., Snyder, M.K., Wright, W.R., Davies, A.R. (1983): Defining and measuring patient satisfaction with medical care. Evaluation and Program Planning, 6:247-263

Wehler, M., Strauß, R., Hahn, E.G. (2004): Überleben nach der Intensivtherapie. Intensiv 12: 206-217

Westbrook, R., Oliver, R. L. (1991): The Dimensionality of Consumption, Emotion Patterns, and Consumer Satisfaction. Journal of Consumer Research, 18, 1

Williams, B. (1994): Patient satisfaction: A valid concept? Social Science and Medicine, 38, 509-516

Wirtz, J., Bateson, J. (1999): Consumer Satisfaction with Services. Journal of Business Research, 44, 1

Wüthrich-Schneider, E. (1999): Qualitätsmanagement in Spitälern: Ein Modell zur Evaluation der Patientenzufriedenheit. Frankfurt: pmi-Verlag

www.wirtschaftslexikon24.net

Yi, Y. (1990): A critical review of consumer satisfaction, in: Zeithaml, V.A. (Hrsg.): Review of marketing 1990. Chicago, IL: American Marketing Association

Zeithaml, V.A., Parasuraman, A., Berry, L.L. (1992): Qualitätsservice: Was Ihre Kunden erwarten - was Sie leisten müssen. Campus Verlag Frankfurt/New York

9 Anhang

9.1 Votum

<p>Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern Körperschaft des öffentlichen Rechts</p>	
<p>– Ethikkommission – bei der Universität Rostock (Spruchkörper II)</p>	
<p>Frau Prof. Dr. med. Nöldge-Schomburg Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin PF 10 08 88 18055 Rostock</p>	<p>August-Bebel-Str. 9a 18055 Rostock Tel.: (03 81) 4 92 80 28 Fax: (03 81) 4 92 80 80 E-Mail: ethik@aeK-mv.de</p>
<p>Rostock, 13.06.2006 We-Pr</p>	
<p>Anzeige</p> <p>„Erlebensqualitäten während Intensivtherapie – EQUITI“</p> <p>Reg.-Nr.: A 17/2006</p>	
<p>Sehr geehrte Frau Kollegin Nöldge-Schomburg,</p> <p>Ihr Schreiben vom 18.04.2006 ist hier am 8.6.2006 eingegangen. Wir haben zur Kenntnis genommen, dass Sie gemeinsam mit Herrn Dr. Schindler und Frau Dipl.-Psych. Schindler die o.g. Patientenbefragung durchführen wollen. Die Unterlagen sind vollständig, mit Ihrem Antrag sind die umfangreichen Fragebögen sowie eine Patienteninformation und Patienteneinwilligung vorgelegt worden. Es bestehen</p>	
<p>keine berufsethischen oder berufsrechtlichen Bedenken,</p>	
<p>gegen die Durchführung der o.g. Befragungen im Rahmen dieses Forschungsprojektes.</p>	
<p>Mit freundlichen Grüßen</p> 	
<p>Prof. Dr. med. R. Wegener Vorsitzender der Ethikkommission</p>	

9.2 Fragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

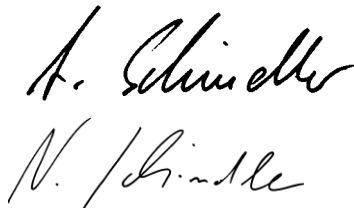
wir bitten Sie um Ihre Hilfe und um ca. 30-40 Minuten Ihrer Zeit, denn wir möchten die Bedürfnisse unserer Patienten genauer verstehen.

Sie mussten sich vor kurzem einer Intensivbehandlung unterziehen. Eine solche Behandlung ist für viele Patienten belastend. Leider ist bislang nahezu unbekannt, worin genau Belastungen und Verbesserungsmöglichkeiten bestehen. Um künftigen Patienten die Intensivbehandlung zu erleichtern, möchten wir erfahren, was Ihren Intensivaufenthalt schwerer, und auch was ihn leichter gemacht hat.

Wir hoffen mit Ihrer Hilfe die Bedingungen für Intensivpatienten zu verbessern.

Bitte teilen Sie uns Ihre Erfahrungen und Wünsche in dem folgenden Fragebogen mit. Ihre Antworten werden anonymisiert ausgewertet. Niemand außerhalb des Befragungsteams kann eine Verbindung zwischen Ihnen und Ihren Antworten herstellen.

Wir danken für Ihre Zeit und Bereitschaft



Dr. Achim Schindler
(Facharzt für Anästhesiologie, Befragungsleiter)

Nicola Schindler
(Diplom-Psychologin, stellvertr. Befragungsleiterin)

Beachten Sie bitte die folgenden Bearbeitungshinweise, bevor Sie mit dem ersten Teil des Fragebogens auf der nächsten Seite beginnen.

1. Lesen Sie jede einzelne Aussage und beurteilen Sie, inwieweit sie für Sie persönlich zutrifft. Markieren Sie dann bitte Ihre Wahl. Sie können zum Gelingen der Untersuchung beitragen, indem Sie möglichst spontan antworten und uns Ihre persönliche Einschätzung mitteilen. Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten. Das folgende Beispiel verdeutlicht das Vorgehen. Der Einfachheit halber hat es nichts mit Medizin zu tun.

	stimmt völlig			stimmt gar nicht
Der Sommer 2000 war wunderschön	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Antworten sie spontan. Es ist egal, warum Sie den Sommer wunderschön oder eben nicht wunderschön fanden - wegen des Wetters, wegen beruflicher oder familiärer Ereignisse oder wegen anderer Dinge.

- Wenn Sie den Sommer 2000 wunderschön fanden, markieren Sie bitte das erste Kästchen von links („stimmt völlig“).
 - Wenn Sie den Sommer recht schön fanden, wenn die Aussage für Sie also überwiegend stimmt, dann kreuzen Sie bitte das zweite Kästchen von links an.
 - Haben Sie den Sommer 2000 eher in schlechter Erinnerung, ist die Aussage für Sie also überwiegend falsch, wählen Sie bitte das dritte Kästchen von links.
 - Wenn der Sommer 2000 für Sie hingegen überhaupt nicht schön war, markieren Sie bitte das vierte Kästchen („stimmt gar nicht“).
2. Wenn Sie Ihre Wahl ändern möchten, streichen Sie die falsche Wahl durch und markieren die richtige. Achten Sie darauf, dass Ihre Wahl eindeutig erkennbar ist.

Teilen Sie uns nun bitte mit, wie Sie die Intensivstation erlebt haben.

	stimmt völlig		stimmt gar nicht	
Alles in allem bin ich zufrieden mit der Behandlung auf der Intensivstation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich konnte mich mitteilen und hatte meistens das Gefühl, verstanden zu werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin bevormundet oder gemäßregelt worden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe mir Sorgen gemacht über Alltagsprobleme wie Beruf, Haushalt, Familie, meine wirtschaftliche Existenz usw.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Beschwerden wurden genügend beachtet und behandelt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe meistens schlecht geschlafen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe mich gut über meine Situation informiert gefühlt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe viel gegrübelt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich konnte mitreden und über mich entscheiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Das Personal hat meine Intimsphäre, mein Schamgefühl ausreichend beachtet - z.B. Sichtschutz während Körperpflege oder Untersuchungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es hat mich stark beschäftigt, ob ich im Alltag oder im Beruf zukünftig noch zurecht komme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin meistens freundlich behandelt worden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich konnte mich gut bewegen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich hatte Vertrauen zum Personal und seinen Entscheidungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe mich oft allein, verlassen oder einsam gefühlt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schläuche in Nase und Mund waren unangenehm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann mir Dinge oder Umstände vorstellen, die mir den Aufenthalt erleichtert hätten (z.B. Fernsehen, Zeitungen, mehr Ruhe, mehr Besuch)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ich war überwiegend schmerzfrei oder hatte nur geringe Schmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich hatte Furcht krank zu bleiben oder nicht mehr gesund zu werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Im zweiten Teil des Fragebogens bewerten Sie die Aussagen bitte danach, wie häufig Sie diese Situationen erlebt haben: sehr oft, oft, selten oder nie. Sonst gehen Sie bitte wie im ersten Teil vor.

	sehr oft			nie
Ich hatte Angst verrückt zu werden oder „durchzudrehen“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Dinge gesehen, die eigentlich nicht sein konnten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe gefroren oder mir war heiß	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich hatte Angst oder Furcht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich war traurig, niedergeschlagen oder deprimiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Körperliche Missempfindungen haben ich gestört (z.B. Husten, erbrechen, Durst, Blähungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühlte mich abhängig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich war nervös, unsicher oder angespannt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich war durcheinander oder verwirrt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Man hat mit Mut gemacht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühlte mich erschöpft, kraftlos, schlapp oder matt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich war wütend, aggressiv oder verärgert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Man war ungeduldig mit mir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Beachten Sie bitte die folgenden Bearbeitungshinweise, bevor Sie mit dem dritten Teil des Fragebogens fortfahren.

Es folgen sechs Kästen mit Auswahlmöglichkeiten. Jeder Kasten bildet eine eigene Einheit, das Thema des Kastens wird jeweils am Anfang beschrieben. Bitte wählen Sie in jedem Kasten diejenigen Begriffe aus, die für Sie zutreffen. Sie können einen Begriff, mehrere oder auch alle Begriffe ankreuzen. Wenn Sie etwas wichtig finden, was wir nicht aufgeschrieben haben, tragen Sie es bitte auf der Schreiblinie (____) ein.

Folgende körperlichen Empfindungen haben mich gestört:

- | | | |
|---|-------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Juckreiz | <input type="radio"/> Übelkeit | <input type="radio"/> Taubheitsgefühl |
| <input type="radio"/> Durst | <input type="radio"/> Erbrechen | <input type="radio"/> Schwindel |
| <input type="radio"/> Blähungen und Darmkrämpfe | <input type="radio"/> Hustenreiz | <input type="radio"/> Heiserkeit |
| <input type="radio"/> Harndrang | <input type="radio"/> Durchfall | <input type="radio"/> Mundtrockenheit |
| <input type="radio"/> Hunger | <input type="radio"/> Kribbelgefühl | <input type="radio"/> Luftnot / Atemnot |
| <input type="radio"/> Hitzegefühl | <input type="radio"/> Frieren | <input type="radio"/> Schluckbeschwerden |
| <input type="radio"/> anderes, und zwar _____ | | |

Ich hatte keine unangenehmen körperlichen Empfindungen ☐

Ich habe mich schlecht über meine Situation informiert gefühlt, denn

- ☐ ich bekam mehr Informationen als ich wollte
- ☐ ich erhielt falsche Informationen
- ☐ es wurden mir Informationen verweigert
- ☐ ich bekam zu wenige Informationen
- ☐ die Informationen wurden zu leise gesprochen
- ☐ ich musste mir jede Information selbst erfragen
- ☐ die Informationen waren widersprüchlich
- ☐ ich habe den Sinn der Informationen nicht verstanden
- ☐ anderes, und zwar _____

Ich habe mich gut informiert gefühlt ☐

Folgende Alltagsprobleme haben mir Sorgen gemacht:

- ☐ Termine ☐ Familie / Partnerschaft ☐ Beruf (Arbeitsplatz etc.)
☐ Urlaub ☐ Geld / wirtschaftliche Existenz ☐ Organisation des Haushaltes
☐ Haustiere ☐ anderes, und zwar _____

Ich habe mir keine Sorgen über Alltagsprobleme gemacht ☐

Folgendes hätte mir den Aufenthalt auf der Intensivstation erleichtert:

- ☐ Radio, Fernsehen, eigene Musik-CD's etc. ☐ Zeitungen, Zeitschriften, Bücher
☐ Telefon ☐ Computer / Internet ☐ flexible Besuchszeiten
☐ Ruhe ☐ anderes, und zwar _____

Ich kann mir nichts vorstellen, was mir den Aufenthalt erleichtert hätte ☐

Ich hatte starke Schmerzen vor allem an diesen Stellen:

- ☐ an der Operationswunde ☐ an Nadeln und / oder Schläuchen
☐ an Wunddrainagen ☐ am Rücken
☐ im Kopf ☐ im Hals
☐ an anderen Stellen, und zwar _____

Ich hatte während des Intensivaufenthaltes nie starke Schmerzen ☐

Ich hatte starke Schmerzen vor allem in diesen Situationen:

- ☐ beim Verbandswechsel ☐ wenn ich gelagert wurde
☐ bei der Krankengymnastik ☐ beim Einführen von Schläuchen
☐ in anderen Situationen, und zwar _____

Ich hatte während des Intensivaufenthaltes nie starke Schmerzen ☐

Wie umfangreich erinnern Sie sich an den Aufenthalt auf unserer Intensivstation?

Ich erinnere mich:

sehr genau ☐ an das Meiste ☐ an vieles ☐ an wenig ☐ an kaum etwas ☐

Haben wir noch etwas vergessen? Bitte notieren Sie hier stichwortartig weitere wichtige Erlebnisse, die Ihren Aufenthalt geprägt haben.

Bitte ordnen Sie nun die folgenden Kategorien nach der Bedeutung, die sie für Sie ganz persönlich während Ihrer Intensivbehandlung hatten.

Stellen Sie sich vor, in jeder der folgenden vier Kategorien wäre ein perfektes Ergebnis möglich.

Legen Sie eine Rangfolge der Wichtigkeit fest, indem Sie Platzierungen vergeben, wie bei Sportveranstaltungen: was Ihnen am wichtigsten ist, erhält den 1. Platz, die zweitwichtigste Kategorie erhält Platz 2 usw. das Unwichtigste erhält Platz 4. Tragen Sie die Platzierungen bitte in die grauen Felder ein.

Wenn wir eine wichtige Kategorie vergessen haben, tragen Sie diese bitte auf der Schreiblinie (_____) unter: ‚Gibt es noch etwas, was Ihnen wichtig wäre‘, nach.

kompetente, fachlich korrekte Behandlung

z.B. richtige Behandlung der Erkrankung, rasche und wirkungsvolle Behandlung von Beschwerden, Erkennen von Komplikationen, Vermeidung von Fehlern

gutes körperliches Empfinden

z.B. bequeme Lagerung
keine Schmerzen, kein Hunger oder Durst
gute Funktion von Atmung, Herz, Verdauung, Niere etc.

positive Gedanken oder Emotionen

z.B. Hoffnung, Freude, Mut
keine Furcht, Wut oder Unruhe, kein Ärger oder Kummer,
wissen wo ich bin, Tageszeit/Uhrzeit kennen, über geplante Maßnahmen Bescheid wissen

guter Umgang der Personals mit dem Patienten

z.B. Beachtung von persönlichen Bedürfnissen und Intimsphäre,
als mündiger Mensch behandelt werden,
respektvoller, freundlicher, wertschätzender Umgang

Gibt es noch etwas, was Ihnen wichtig wäre?

Auf dieser Seite geht es um die Vorstellung von einer Intensivbehandlung, die Sie vor Ihrem aktuellen Aufenthalt hatten

1. Hatten Sie vor Ihrem aktuellen Aufenthalt irgendeine Vorstellung von der Intensivbehandlung? (Bitte kreuzen Sie die zutreffendste Aussage an)

- ☐ Ja, ich bin selbst schon einmal auf einer Intensivstation behandelt worden.
- ☐ Ja, ich habe einen Verwandten / Bekannten während einer Intensivbehandlung besucht.
- ☐ Ja, ich habe vorher an einer Stationsführung teilgenommen, bei der mir die Situation auf der Intensivstation erklärt wurde. (Pfle-gevisite)
- ☐ Ja, ich kannte die Situation aus Berichten von Verwandten oder Bekannten,
ich war aber vor meinem jetzigen Aufenthalt noch nie selber auf einer Intensivstation.
- ☐ Ja, durch Fernsehen, Radio oder Zeitung hatte ich einen Eindruck von der Intensivbehandlung, ich war aber vor meinem jetzigen Aufenthalt noch nie selber auf einer Intensivstation.
- ☐ Nein, ich hatte keine Vorstellung über die Situation auf einer Intensivstation.

- 2. Wenn Sie eine Vorstellung über die Intensivtherapie hatten, weichen Ihre aktuellen Erfahrungen von der früheren Vorstellung ab?**

☐ nein, gar nicht ☐ nur wenig ☐ ja, deutlich
☐ ja, völlig

- 3. Wenn Ihre frühere Vorstellung von den aktuellen Erfahrungen abweicht, waren Ihre aktuellen Erfahrungen besser als erwartet?**

☐ ja, viel besser ☐ ja, etwas besser ☐ nein, etwas schlechter
☐ nein, viel schlechter

Abschließend haben wir noch ein paar Fragen zu Ihrer Person. Bitte kreuzen Sie die momentan zutreffende Antwort an, bei den Angaben zu Schul- und Ausbildungsabschluss wählen Sie bitte den höchsten Abschluss, den Sie erreicht haben.

1. **Wann sind Sie geboren?** Geburtsjahr

2. **Welchen Familienstand haben Sie?**
☐ Ich lebe in einer festen Partnerschaft/Ehe
☐ Ich bin ledig
☐ Ich lebe allein
☐ Anderes, und zwar

3. **Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?**
☐ Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)
☐ Realschulabschluss (Mittlere Reife)
☐ Allg. oder fachgebundene Hochschulreife (Fachabitur / Abitur)
☐ Kein Schulabschluss
☐ Anderer Schulabschluss, nämlich

4. **Welchen Ausbildungsabschluss haben Sie?**
☐ kein beruflicher Abschluss
☐ abgeschlossene betriebliche Berufsausbildung (Lehre)
☐ abgeschlossene Ausbildung an einer Fach-, Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie
☐ Fachhochschul- oder Universitätsabschluss
5. **Welche der folgenden Aussagen trifft für Sie zu?**
☐ Ich bin berufstätig bzw. befinde mich in einem Beschäftigungsverhältnis
☐ Ich bin Rentner
☐ Ich war nie berufstätig
☐ Ich bin arbeitslos
☐ Anderes, und zwar

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Klinische Daten:

Alter: _____

Geschlecht: ☐ ₁ w ☐ ₂ m

Station: ☐ ₁PIT 1

☐ ₂PIT 2/3

OP-Lokalisation (alle Lokalisationen angeben):

- ☐ Ösophagus / Magen ☐ Dünndarm ☐ Dickdarm ☐ Herz
☐ Extremitäten ☐ Wirbelsäule ☐ Gefäße ☐ Hirn
☐ Leber ☐ Pankreas ☐ sonstiges Abdomen
☐ Sonstiges _____

OP-Indikation ☐ keine OP ☐ Notfall ☐ dringlich ☐ elektiv

Aufenthaltsdauer:

- ☐ ₁ < 24 h ☐ ₂ 24 - 48 h ☐ ₃ 49h - 7 Tage ☐ ₄ 8 - 14 Tage
☐ ₅ 15 - 28 Tage ☐ ₆ ≥ 29 Tage

Wiederaufnahme¹:

- ☐ ₁ ja, innerhalb 48 h nach Verlegung ☐ ₂ ja, >48 h nach Verlegung
 leugung

Zugänge²:

Arterie: ☐ ₀ nein ☐ ₁ aus OP ☐ ₂ Neuanlage / Wechsel auf ITS

PiCCO: ☐ ₀ nein ☐ ₁ aus OP ☐ ₂ Neuanlage / Wechsel auf ITS

ZVK: ☐ ₀ nein ☐ ₁ aus OP ☐ ₂ Neuanlage / Wechsel auf ITS

PAK: ☐ ₀ nein ☐ ₁ aus OP ☐ ₂ Neuanlage / Wechsel auf ITS

Schleuse ohne PAK
Shaldon / Coolguard: ☐ ₀ nein ☐ ₁ aus OP ☐ ₂ Neuanlage / Wechsel auf ITS

¹ Nur, wenn die aktuelle Befragung **nach** einer Wiederaufnahme auf ITS erfolgt

² ZVK: Zentralvenenkatheter, PAK: Pulmonalarterienkatheter, BK: Blasenkathe-
ter, PDK: Peridural-

<u>transurethraler BK:</u>	O₀ nein	O₁ aus OP	O₂ Neuanlage /
Wechsel auf ITS			
<u>suprapubischer BK:</u>	O₀ nein	O₁ aus OP	O₂ Neuanlage /
Wechsel auf ITS			
<u>PDK:</u>	O₀ nein	O₁ aus OP	O₂ Neuanlage /
Wechsel auf ITS			
<u>Magensonde:</u>	O₀ nein	O₁ aus OP	O₂ Neuanlage /
Wechsel auf ITS			
Drainagen:			
<u>Thorax:</u>	O₀ nein	O₁ aus OP	O₂ Neuanlage /
Wechsel auf ITS			
<u>Abdomen:</u>	O₀ nein	O₁ aus OP	O₂ Neuanlage /
Wechsel auf ITS			
<u>Redon:</u>	O₀ nein	O₁ aus OP	O₂ Neuanlage /
Wechsel auf ITS			
<u>Sonstige:</u>	O₀ nein	O₁ aus OP	O₂ Neuanlage /
Wechsel auf ITS			

Beatmung

- Atemweg: ☐ nein ☐ NIV-/CPAP-Maske³ ☐ Tubus ☐ TK³
- Beatmungsdauer: ☐ 0 gar nicht ☐ 0₁ < 24 h ☐ 0₂ ≥ 24-48 h ☐ 0₃ ≥ 2-7 Tage
- Bronchoskopie: ☐ nein ☐ via Tubus / TK ☐ transnasal ☐ mehrfach

Speziallagerung:

- ☐ nein ☐ achsengerecht ☐ minimal
handling
- ☐ 135° ☐ Schaukelbett ☐ anderes
Spezialbett

Medikamente 1: (zählen nur, wenn ≥ 6 Stunden kontinuierlich)

- ☐ Vasopressoren ☐ Inotropika ☐ Dopamin
- ☐ Antihypertensiva ☐ Antiarrhythmika

Medikamente 2 (zählen nur, wenn ≥ 24 Stunden hintereinander)

- ☐ forcierte Diurese⁴ ☐ Antikonvulsiva ☐ Antide-
pressiva
- ☐ Clonidin ☐ Neuroleptika ☐ Hydrokor-
tison
- ☐ andere Kortikoide ☐ komplexe Antibiose⁵ ☐ Benzodia-
zepine
- ☐ 2 Nicht-Opioide ☐ PCA-Pumpe ☐ forciertes
Abführen⁶
- ☐ komplexe Analgesie⁷ ☐ Antiemetika⁸ ☐

Organersatz:

- Niere: ☐ CVVHDF ☐ intermittierende Dialyse
- Leber: ☐ MARS
- Lunge: ☐ NovaLung ☐ ECMO

³ CPAP oder nicht-invasive Ventilation über Gesichtsmaske; TK=Trachealkanüle

⁴ Ohne Diuretika-Vormedikation: > 30 mg Lasix/d für > 24 h; mit Diuretika-Vormedikation: Verdoppelung der Dosis oder zusätzliches Diuretikum für > 24 h

⁵ ≥ 1 Umstellung der Antibiose wg. Infektzeichen oder ≥ 3 Antibiotika gleichzeitig

⁶ forciertes Abführen = MCP+Bifiteral *PLUS* ≥ 1 für > 24 h: Einlauf (HSE), Klistier, Ubretid, Kalymin, Erythromycin, Laxoberal, Glycilax, Pyrilax

⁷ mehrfache Opiat-Wechsel (nicht Sufenta auf Dipi im Rahmen des Weanings), oder PDK plus Opiat

⁸ nicht regelmäßig angesetztes prokinetisches MCP=Metoclopramid

Kreislauf: ☐ IABP ☐ Linksherz-Assist ☐
CPR
☐ Kardioversion

Scores⁹:

SOFA_{Summe}_____ SOFA_{Max}_____ TISS28_{Summe}_____
TISS28_{Max}_____
APACHE II_{Aufnahme}_____ APACHE II_{24h}_____ Komplexziffer-
Aufwandspunkte_____
SAPS II_{Aufnahme}_____ SAPS_{24h}_____ SAPS II_{Max}_____ SAPS II_{Sum-}
me_____

Aktuelle Erkrankungen

<input type="radio"/> A.P. Entgleisung	<input type="radio"/> kard. Dekompensation	<input type="radio"/> BZ-
<input type="radio"/> gen. Krampfanfall Entgleisung	<input type="radio"/> Polytrauma	<input type="radio"/> E'lyt-
<input type="radio"/> Darm-OP ohne Stoma	<input type="radio"/> Darm-OP mit Stoma	<input type="radio"/> Trans-
<input type="radio"/> akute Dyspnoe	<input type="radio"/> Blutung	<input type="radio"/> Gerin-
<input type="radio"/> ANV	<input type="radio"/> Leberversagen	<input type="radio"/> Sepsis
<input type="radio"/> Sonstiges _____		

Vorerkrankungen

<input type="radio"/> KHK	<input type="radio"/> Z.n. Infarkt	<input type="radio"/> NYHA1-2
<input type="radio"/> NYHA 3-4	<input type="radio"/> art. Hypertonus	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Schmerzerkrankung		
<input type="radio"/> NIDDM	<input type="radio"/> IDDM	<input type="radio"/> Immun-
<input type="radio"/> suppression		

⁹ Summe=Summe aller Tages-Scores über den ganzen Aufenthalt - aber nicht die „punktuellen“ Scores zu Aufnahme und Entlassung, Max=höchster erfasster Einzelwert, Aufnahme=Wert bei Aufnahme, 24h=Wert 24 Stunden nach Aufnahme

- | | | |
|---|---|--------------------------------|
| <input type="radio"/> COPD | <input type="radio"/> pulm. Restrktion | <input type="radio"/> Malignom |
| <input type="radio"/> manifeste Depression
ohne Residuen | <input type="radio"/> manifeste Psychose | <input type="radio"/> Apoplex |
| <input type="radio"/> Apoplex mit Residuen | <input type="radio"/> Niereninsuffizienz | <input type="radio"/> Dialyse |
| <input type="radio"/> Lebererkrankung | <input type="radio"/> Sonsti-
ges_____ | |

9.3 Lebenslauf

Siehe Originalarbeit

9.4 Selbstständigkeitserklärung

Ich versichere an Eides statt durch eigenhändige Unterschrift, dass ich die Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Veröffentlichungen entnommen sind, habe ich als solche kenntlich gemacht.

Rostock, 20.06.2014

Friederike Enz

(Abgabedatum)

9.5 Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Herrn Professor Dr. med. Dierk A. Vagts für die Überlassung dieses interessanten und wichtigen Themas. Ich möchte mich hiermit ganz herzlich für seine Mühe und die stets konstruktiven Korrekturvorschläge bedanken, die mich beim Erstellen dieser Arbeit immer wieder ein Stück weiter gebracht haben.

Herzlich bedanken möchte ich mich auch bei Herrn Dr. med. A.W. Schindler, der die Betreuung für diese Promotion übernommen hat.

Ein ganz großes Dankeschön geht an meine liebe Freundin Melly für ihr Interesse an meiner Arbeit, sowie die zahlreichen Vorschläge und Anmerkungen, die mir zu jeder Zeit eine große Hilfe und Bereicherung waren.

In gleichem Maße möchte ich mich bei Daniel bedanken, der mir immer und immer wieder geholfen hat, wenn der Computer mal wieder nicht das getan hat, was ich von ihm wollte, und der mich bei meinem Vorhaben, diese Arbeit zu schreiben, bedingungslos unterstützt hat.

Ganz besonders bedanken möchte ich mich auch bei meiner Freundin Isabel, die während eines Großteils der Studienzeit an meiner Seite war. Ich danke Dir, dass wir diesen Weg gemeinsam gegangen sind.

Ich danke meiner Schwester Bettina, die immer an mich geglaubt hat und auf die ich sehr stolz bin.

Ein besonderer Dank gilt meinen Eltern, die immer hinter mir stehen und mich in allem unterstützen, was ich tue. Ich danke Euch von ganzem Herzen dafür!

Ein ganz herzliches Dankeschön geht auch an meine ehemalige Deutschlehrerin Frau B. Herber, die sich ohne Zögern dazu bereit erklärt hat, diese

Arbeit als Nicht-Fachfrau und Germanistin zu beurteilen. Ich danke Ihr in besonderem Maße für Ihre wertvollen Anmerkungen und Korrekturen.

9.6 Publikationen

Teile dieser Arbeit wurden publiziert in:

1. ICU personnel have inaccurate perceptions of their patients' experience

A. W. Schindler, N. Schindler, F. Enz, A. Lueck, T. Olderog and D. A. Vagts; Acta Anaesthesiologica Scandinavica 2013

2. Client-prof-gaps: Was unsere Intensivpatienten erleben und was wir darüber vermuten. (Erste Ergebnisse einer Fragenbogenerhebung)

A.W.Schindler DEAA, N.Schindler, F.Enz, A.Lück, D.Vagts DEAA EDIC;

Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin Universität Rostock;

Abstract DAC 2007

3. Qualität der Intensivtherapie aus Patienten Sicht: Erfassung durch deskriptive Items vs. Zufriedenheitsvotum (Ergebnisse einer Fragenbogenerhebung)

A.W.Schindler DEAA, N.Schindler, F.Enz, A.Lück, D.Vagts DEAA EDJC;

Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin Universität Rostock;

DAC 2007 Poster

4. Unzufriedenheit bei Intensiv-Patienten: Erlebensqualitäten als Determinanten des Qualitätsurteils.

A.W.Schindler DEAA, N.Schindler, F.Enz, A.Lück, D.Vagts DEAA EDIC;

Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin, KMG Klinikum Güstrow;

Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie Universität Rostock;

Abstract DAC 2008

